15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue mercredi 20 mai 1908, à 1 heure

Par **SÉRON**

NÉOPLASIES INTESTINALES D'ORIGINE INFLAMMATOIRE

(APPENDICE ET ANSE SIGMOIDE EXCEPTÉS)

Président : M. SEGOND, *professeur*.

Juges : MM. PINARD et RECLUS, *professeurs*.
MULON, *agrégé*.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue mercredi 20 mai 1908, à 1 heure

Par **SÉRON**

NÉOPLASIES INTESTINALES D'ORIGINE INFLAMMATOIRE

(APPENDICE ET ANSE SIGMOIDE EXCEPTÉS)

Président : M. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. PINARD et RECLUS, *professeurs.*
MULON, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A qui je dois d'avoir pu mener à bonne fin mes études médicales, j'offre ce travail en témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA SALPÊTRIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a inspiré le sujet de ce travail. Remerciements affectueux. Respectueux hommages.

A LA MÉMOIRE DE MON BIEN REGRETTÉ MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ED. CHEVALIER

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. :

LE DOCTEUR BARIÉ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARTMANN

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BICHAT

LE PROFESSEUR BERGER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL NECKER

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NELATON

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BOUCICAUT

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OMBREDANNE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

LE DOCTEUR ROCHARD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Externat 1905-1906

LE DOCTEUR BRAULT

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

Externat 1906-1907

LE PROFESSEUR SEGOND

CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE

1907-1908

INTRODUCTION

La récente discussion (octobre-décembre 1907) de la Société de Chirurgie a ramené l'attention sur les néoplasies inflammatoires développées sur le trajet de l'intestin. Si leur connaissance n'est pas nouvelle, les travaux d'ensemble manquent sur la question. Seul, M. Okinczyc leur réserve un chapitre spécial dans le *Traité* de M. Hartmann.

C'est à leur étude, sur les conseils de notre maître, M. le professeur Segond, que nous avons consacré cette thèse.

M. le professeur Segond avait, en effet, observé, dans son service, une malade déjà plusieurs fois opérée, et atteinte d'une néoplasie siégeant sur l'intestin grêle. Le diagnostic avait pu être fait avant l'opération ; il fut vérifié par le microscope.

Après une étude anatomique, basée sur les rares examens pratiqués, nous avons essayé de dégager, de l'ensemble des observations que nous avons recueillies,

quelques éléments de diagnostic. Ce travail a été assez ingrat, en raison du peu de détails précis des cas publiés ; dans la certitude où ils étaient d'avoir affaire à du cancer, les auteurs se sont souvent contentés de ce diagnostic, sans chercher davantage.

Nous espérons qu'à l'avenir, les méthodes nouvelles que la science met au service de la clinique seront plus fréquemment utilisées. Pourtant, nous verrons que l'absence de symptômes habituels, l'association inaccoutumée de quelques signes, fera au moins élever des doutes sur la nature maligne, doutes susceptibles de se transformer en quasi certitude si l'on fouille à fond, les antécédents des malades, et l'histoire de leur affection actuelle.

Quelques mots de traitement suffiront à donner une idée de la conduite à tenir. C'est à dessein que nous avons écourté ce chapitre, la discussion de la valeur théorique et pratique des interventions exécutées sortant de notre sujet.

Nous tenons également à nous excuser d'avoir cité quelques cas de péricolite ; ce ne sont pas à proprement parler des *tumeurs* inflammatoires ; ils s'en rapprochent par tant de points (signes, pathogénie, diagnostic) que nous n'avons pu résister au désir d'en faire apprécier les analogies.

Avant d'aborder notre étude, nous tenons à remercier tous les maîtres qui ont été nos guides dans l'enseignement médical.

Nous sommes particulièrement reconnaissant à MM. les Drs Desjardins, et De Martel, chefs de clinique,

qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils, à M. le Dr Renaud chef du laboratoire de M. le professeur Segond, à qui nous devons l'examen histologique, clair et détaillé, qui accompagne l'observation.

M. le professeur Segond a bien voulu nous donner l'idée de ce travail, nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour cette marque de bienveillance et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DEFINITION

Dans leur *Traité d'anatomie pathologique* Cornil et Ranvier définissent les tumeurs : « *des néoformations irrégulières, assez souvent désordonnées, mais qui rappellent toujours par l'agencement et le groupement de leurs cellules les organes ou les tissus d'où elles dérivent* ». Ce à quoi Quénu ajoute : « *Des néoformations distinctes d'un processus inflammatoire, qui tendent à persister et à s'accroître* », et à se généraliser.

Les affections que nous aurons en vue dans cette étude, n'ont aucun des caractères ci-dessus. Ce sont des néoplasies qui, lorsqu'elles sont définitivement constituées, tendent plutôt à disparaître, qui *jamais ne se généralisent,* et qui une fois opérées *ne reviendront pas par récidive.* Ce sont des néoplasies, dans lesquelles *l'examen microscopique,* ne révèle *ni prolifération cancéreuse, ni tuberculose, ni syphilis,* mais des éléments *d'inflammation pure.* Le terme de tumeur, sans autre qualificatif, appliqué à ces masses, serait certainement mal approprié. Nous estimons que le correctif d'inflammatoire peut

suffire à éviter toute confusion, et après les éclaircissements que nous venons de donner, à évoquer l'idée de masses dures, solides, sans aucune cavité dans leur épaisseur, constituées par les éléments de réaction normale des tissus, à l'exclusion de toute production spécifique quelconque. C'est dans ce sens que dans le cours de cette étude nous emploierons l'expression de *tumeur inflammatoire*.

HISTORIQUE

Le terme de tumeur abdominale, gastrique ou intestinale, évoquait il y a quelques années l'idée de cancer, de néoformation maligne. Avec le perfectionnement des progrès opératoires, l'audace des chirurgiens s'est accrue, des interventions tentées sans espoir ont donné des succès inespérés ; les méthodes de laboratoire se sont en quelque sorte vulgarisées, les examens microscopiques multipliés ; nombre d'affections dont, la pièce en main, le chirurgien n'arrivait quelquefois pas à reconnaître la nature ont été démontrées bénignes, par l'histologie.

Depuis l'époque déjà lointaine où Maydl publiait dans le *Wiener medical Zeitung* de 1885 son observation de « rétrécissement de l'intestin dû à une production inflammatoire », les faits du même genre se sont faits plus nombreux. Aucune étude d'ensemble n'avait paru sur la question. C'est, épars dans des articles de technique opératoire qu'il faut chercher des cas qui incidemment ont attiré l'attention du chirurgien : ou bien un

malade qui avait été considéré comme voué à une fin prochaine, se présentait quelques années plus tard complètement guéri ; *la tumeur avait considérablement diminué ou même totalement disparu* ; ou alors le pseudo-cancer enlevé et soumis à l'examen histologique révélait sa nature inflammatoire.

Il faut arriver en 1899 pour voir paraître dans la *Revue de gynécologie* l'article remarquablement documenté de Gérard-Marchant et Demoulin sur les rétrécissements et les tumeurs inflammatoires de la région iléo-cæcale.

Entre temps, dans les revues françaises ou étrangères, dans divers congrès, Von Hacker (1885), Hochenegg (1891), Greig Smith (1891), Le Dentu (2891), V. Baracz (1894), Czerny (1894), Hartmann, Boiffin, Crickx (1895), Beer (1895), Eiselsberg (1896), Julliard (1897), Phocas (1897), Beach (1898), avaient rapporté l'histoire de malades atteints spontanément ou à la suite d'affections localisées au tube digestif de processus phlegmasiques qui simulaient des cancers véritables.

Depuis 1899, Schwartz a produit au Congrès international de 1900 un exemple d'iléo-typhlite hypertrophique ; en 1902, il a entretenu la Société de chirurgie d'une tumeur fibreuse développée autour d'une soie sur la fin de l'iléon ; en 1903 M. le professeur Segond attira l'attention de cette Compagnie ; enfin en 1906, Lambret de Lille, fait au Congrès de chirurgie une communication qui sembla rester sans écho ; ce fut pourtant l'inauguration d'une ère nouvelle ; cette même année 1906 vit les articles de : Lejars dans la *Semaine Médicale*, la thèse de Sénéchal sur les pelvipéritonites,

celle de Saillant sur les sigmoïdites et périsigmoïdites.

Potherat faisait à la Société de Chirurgie un rapport sur « les péricolites adhésives » à propos d'un cas de Delangre de Tournai et en citait d'autres personnels. En 1907 nous trouvons la revue générale de Catz dans la *Gazette des hôpitaux*, celle de Cavaillon et Bardin dans le même journal ; Okinczyc fait, dans l'ouvrage d'Hartmann (*Travaux de Chirugie Anatomo-Clinique*), un exposé aussi clair que précis. A propos d'une anastomose latéro-latérale pratiquée pour une péricolite adhésive, Patel (de Lyon) étudie la question dans le *Lyon médical* et à la Société de Chirurgie de cette ville. La thèse de Jorge Ulrich de Buenos-Ayres embrasse dans une vue d'ensemble toutes les tumeurs inflammatoires de la cavité abdominale.

M. Proust en relatant, en octobre dernier, à la Société de chirurgie un fait de sa pratique personnelle, a eu cette légitime satisfaction de provoquer une discussion féconde en aperçus originaux sur le diagnostic et le traitement d'une affection qui a mis fréquemment les cliniciens en défaut ; cette discussion se rouvrira probablement lors du rapport de M. Lejars sur l'observation que le Dr Le Jemtel a adressée à la Société, en mars 1908. Nous nous reprocherions, avant de terminer ce bref historique, de ne pas citer l'article de Mayo Robson, dans le *British medical*, traduit par le professeur Patel de Lyon.

Nous n'avons fait aucune mention, dans cette énumération rapide, des travaux sur l'appendicite à forme néoplasique, autrement dit sur les productions inflam-

matoires simulant le néoplasme, que Vautrin, Legueu et Beaussenat ont publié dans la *Revue de gynécologie* de 1898. Fabre (1898), Melikian (1901), Richard (1902) ont également traité ce sujet dans leurs thèses. Nous avons distrait, de propos délibéré, de notre étude celle des néoformations inflammatoires chroniques siégeant sur l'appendice, non pas que la question soit dénuée d'intérêt, mais les auteurs précités s'en étaient acquitté avec un tel succès que nous n'aurions pu mieux faire que les répéter.

Il nous a semblé également inutile de revenir sur les lésions situées sur l'anse sigmoïde et autour d'elle ; l'exposé clinique plus qu'anatomique qu'en a fait Sailland dans sa thèse a résumé l'état de nos connaissances à l'heure actuelle. Nous essaierons simplement, à l'occasion des quelques cas que nous avons réunis, de pénétrer le mécanisme de leur production ; trop heureux si de leur examen approfondi nous pouvons dégager quelque indice, permettant d'affirmer leur nature, et d'en poursuivre le traitement avec le plus de succès pour le chirurgien et le moins de risque pour le patient. C'est le but modeste que nous nous sommes proposé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomie pathologique. — Nous entendons par tumeurs inflammatoires pures des lésions qui ne présentent ni altérations tuberculeuses, ni prolifération cancéreuse des cellules épithéliales ; MM. Cavaillon et Bardin à qui nous empruntons cette définition ajoutent, des tumeurs se produisant chez des sujets indemnes de tuberculose et de syphilis.

Il est à peu près impossible d'établir une classification dans ces tumeurs : si dans le cas de M. Proust, la masse était nettement para-intestinale, sans aucune fusion avec l'intestin, dans la majorité des faits, *la diffusion des lésions au péritoine et à l'intestin confond tous les plans :* la lecture des examens microscopiques que nous rapportons suffira pour convaincre que bien souvent l'histologiste conclura à un début intestinal, para- ou péri-intestinal d'après la disposition des éléments cellulaires, embryonnaires et adultes qu'il lui sera donn de constater.

Il est entendu que toute tumeur peut recevoir un de

ces trois qualificatifs; *cela nous indiquera son point initial, le sens d'envahissement, le lieu de l'irritation causale;* les termes ne peuvent donc avoir, à notre avis, aucun sens anatomique, pour préciser le siège de la néoformation. Toute classification anatomique basée sur de tels principes serait artificielle; il n'est du reste pas moins facile de parler de tumeurs à point de départ intestinal, para-intestinal et péri-intestinal. Nous saurons ce que cela veut dire : la clarté ne fera qu'y gagner. Ce n'est du reste pas une hérésie anatomique que de s'exprimer ainsi ; nous verrons en effet qu'en clinique, parfois même la pièce en main. il ne faudra nullement songer à faire cette distinction. Bien souvent le secours du microscope ne sera pas superflu.

Nous aurions pu ajouter à notre définition que les tumeurs inflammatoires simulent le cancer à tous les points de vue, la symptomatologie nous le prouvera.

Que lisons-nous dans les protocoles d'opérations : tumeur d'apparence cancéreuse — les apparences néoplasiques des masses constatées font abandonner toute idée d'intervention radicale, et après avoir pratiqué un anus contre nature, que l'on considère fréquemment comme unique ressource on referme le ventre, etc. Nous n'insisterons pas sur chaque cas en particulier ; ce ne serait qu'une répétition ; les chirurgiens sont plutôt avares de descriptions; l'expression « cancéreuse » rendant si bien leur pensée qu'ils se bornent à ce terme pour qualifier ce qu'ils voient. Leur erreur n'a rien que de légitime. En présence d'une induration plus ou moins diffuse, d'une consistance presque ligneuse, irrégulière,

mamelonnée, adhérente aux parties voisines, envahissant une étendue si considérable que l'on ne peut se défendre de penser aux néoplasies diffuses (Keiffer, obs. 11), les cliniciens les plus expérimentés n'auraient aucune hésitation et feraient le diagnostic anatomique de cancer.

Tel n'est pourtant pas l'avis de tous les chirurgiens, et déjà en 1903 à la séance du 3 juin de la Société de chirurgie M. le professeur Segond émettait l'opinion suivante : « Il est intéressant de se demander, si dans un certain nombre de cas, les épaississements, les véritables tumeurs abdominales que nous rencontrons au cours de nos laparotomies pour ablation de tumeurs utéro-annexielles, épaississements et tumeurs offrant grossièrement les *caractères macroscopiques du cancer intestinal*, ne sont pas tout simplement des épaississements inflammatoires qu'on doit *respecter* et qui guérissent tout seuls. Pour mon compte j'y crois beaucoup. »

N'y a-t-il pourtant aucun caractère différentiel ? « *Dans les cas de cancer il y a toujours des endroits libres d'adhérences, si petits, soient-ils : il n'y a pas cette fusion intime des parties, qui sont noyées dans un tissu d'aspect grisâtre, très épais.* » (Routier, Société de chirurgie, 11 décembre 1907.) La tumeur inflammatoire est plus étendue ; il y a des vestiges de réaction péritonéale, des adhérences ou des indurations de l'épiploon. La situation est plus embarrassante quand un cancer se complique de suppuration comme Tuffier l'a signalé.

L'intestin est ordinairement envahi sur une plus grande étendue (10 à 12 cent.), au contraire du néo-

plasme. La coupe montre *une infiltration massive de toutes les tuniques ;* c'est souvent un *tissu lardacé* qui résiste au couteau ; sur une section transversale, la lumière offre un *rétrécissement concentrique,* avec une *muqueuse plissée* (obs. 15), ou *un éperon* faisant une saillie latérale(obs. 8 et 14). La masse refoule la paroi ; elle ne croît pas sur sa face interne. *La muqueuse n'a pas de fongosités,* de « champignons » ; *les rares ulcérations* superficielles signalées *siègent sur le point le plus proéminent ;* elles sont purement *mécaniques,* dues au contact de matières dures et sèches; c'est l'explication vraisemblable qu'en donnent les auteurs (obs. 4, Le Dentu ; obs. 13, Ombrédanne). *Le revêtement péritonéal garde des traces de son irritation, plaques fibrineuses* (obs. 12) ou *épaississements* nettement perceptibles (obs. 2). Tous ces détails trahissent la nature bénigne soupçonnée, et confirmée par le corps du délit qu'un examen approfondi ou une expulsion spontanée révèlent à l'observation : (soie, pépins de raisin, arête de poissons : obs. 15, 12, 3, 7). Quant à la forme, le calibre de rétrécissement il est inutile d'en tenter une description ; elle est aussi variée que les causes multiples qui peuvent le produire.

En amont de la sténose l'intestin *est dilaté* jusqu'à acquérir des dimensions doubles et triples de l'état normal : on a pu aboucher un intestin grêle ainsi accru avec un côlon : la surface péritonéale est dépolie, sillonnée de vaisseaux gonflés de sang. Il est assez exceptionnel que des plaques de nécrose soient aperçues.

En aval le côlon aplati, ratatiné, figure une véritable

corde où toute circulation de matière paraît impossible.

En dehors du tube digestif, sans rappeler *les adhérences*, presque de règle, *les épaississements mésentériques* par une infiltration diffuse, *les ganglions hypertrophiés* et indurés trahissent l'envahissement de l'infection arrêté dès son début.

Comme on le voit l'inspection de la cavité abdominale tout instructive qu'elle puisse être, ne fait qu'affermir un diagnostic erroné ; les ressources du laboratoire ne sont pas de trop pour redresser pareil jugement démenti par les suites opératoires.

Malheureusement le microscope s'il nous permet de rejeter le cancer, la tuberculose, ne nous montre rien de spécifique ; c'est l'inflammation banale qu'il nous dévoile et l'inflammation propagée un peu partout. *Toutes les couches de l'intestin sont atteintes depuis la sous-muqueuse jusqu'à la sous-séreuse et la séreuse même ;* elles sont prises en masse par l'infiltration leucocytaire et les travées fibreuses. La lésion est étalée ; il n'y a pas de tumeur localisée dans un plan exclusif ; et détail caractéristique important à noter au milieu de cette diffusion, la *muqueuse est saine*, ne présentant que des altérations mécaniques dues à la stase. Nous ne voulons pas dire que cette intégrité est la preuve d'une origine extra-intestinale. Il est démontré depuis longtemps que des microbes peuvent traverser un épithélium sans y laisser de trace de leur passage.

Ce dont nous devons surtout être reconnaissant à l'histologie, c'est de nous apprendre la marche de l'in-

flammation, nous faire suivre ses progrès et comme conséquence nous permettre de remonter à la source. Nous pouvons revenir ici, maintenant, sur l'essai de classification ébauchée en tête de ce chapitre et que l'on aurait pu croire oublié.

Nous arrivons à reconnaître dans un premier groupe les tumeurs d'origine péri-intestinale dans lequel rentre l'observation de M. le professeur Segond, et dont nous devons l'examen anatomique à son obligeant chef de laboratoire M. le Dr Renaud. Dans la note qu'il nous a remise M. Renaud dit : « *La paroi intestinale ne paraît avoir subi aucune modification, ni dans sa muqueuse, ni dans sa tunique musculaire interne. Les cellules épithéliales, les glandes se présentent avec leur aspect normal. ... Dans la tunique musculaire externe commence à paraître le tissu pathologique sous forme de petites traînées de cellules rondes qui dissocient et séparent les cellules musculaires.* » Et insensiblement les lésions vont en se perfectionnant : à la périphérie c'est du tissu fibreux nettement constitué, tissu sillonné de « vaisseaux à lumière large ».

Et M. Renaud conclut : « *Le diagnostic anatomique est donc très simple. Il s'agit manifestement de tissu conjonctif néoformé par inflammation de la tunique péritonéale de l'intestin* », fait que confirme l'histoire clinique. Nous n'insisterons pas sur les détails anatomiques qui n'ont rien de particulier. C'est dans ce même groupe que se placent les observations 1 et 12 où la localisation se fait autour d'une soie et le fait 13 ; ce sont en somme des péritonites localisées dont les exemples

ne sont pas rares. Nous ne citerons pas tous les cas qui peuvent être analogues à ceux-ci mais dont aucun examen n'a été fait ; nous ne nous appuyons que sur les relations histologiques.

Dans un second groupe rentreront les masses qui, comme celle de l'observation de M. Proust, se sont développées dans le tissu sous-séreux (obs. 14). Nous pourrions y joindre les observations 26 et 34 dont nous n'avons malheureusement aucune étude précise.

Dans une troisième et dernière série se placent les inflammations nées de la muqueuse intestinale, des diverticulites avec irritation surtout de la sous-muqueuse considérablement épaissie (obs. 3, 8, 9, 18). Dans l'observation 9, les altérations glandulaires, les culs-de-sac entourés de leucocytes, l'*envahissement prédominant dans la sous-muqueuse* sont des arguments en faveur de cette hypothèse, quoique l'auteur parle d'abcès ouvert dans l'intestin : il y a un abcès, cela paraît certain, mais secondairement à une infection partie de la muqueuse.

Il est certain que cette classification est très factice : il arrive fréquemment que l'on observe une combinaison des trois formes. L'observation 7 en est un exemple frappant : l'arête blessant la muqueuse a déterminé une inflammation réactionnelle de l'intestin et du péritoine limitant l'infection et conjurant la péritonite généralisée.

Les observations sont malheureusement assez nombreuses où le compte rendu de l'examen histologique est trop succinct; ou encore des pièces, dont les lésions

uniformément disséminées ne permettent pas de reconnaître une cause, sur laquelle l'histoire clinique est muette, nous ramènent au troublant problème des *tuberculoses inflammatoires* qu'ont décrites, Poncet, Patel et Bérard. « On ne trouve plus qu'un bloc fait de travées fibreuses irrégulièrement disposées avec des zones infiltrées d'éléments jeunes » ; « non seulemeut les lésions spécifiques peuvent rétrocéder sans laisser aucune trace, mais la tuberculose peut déterminer de la sclérose des tissus d'emblée, sans que la présence des lésions spécifiques soit nécessaire ; *l'action des toxines seules serait suffisante.* »

L'impartialité exigeait que nous citions cette opinion de Poncet ; nous en laissons toute la responsabilité à son auteur, non pas qu'elle soit prématurément émise ; les études de Darier, Gougerot sur les tuberculoses atypiques de la peau sans cellules géantes, sans follicules, ni bacilles autorisent toutes les hypothèses. Chez des sujets porteurs de lésions bacillaires évidentes, il serait bon d'y penser ; chez ceux dont les apparences de santé sont indéniables, une telle idée paraîtrait trop risquée.

Tant de méfaits ont été mis sur le compte de la tuberlose, dans l'ignorance où l'on était d'autres causes, qu'il n'est pas étonnant que l'on y eut ajouté celui-ci. Ce serait le moment de répéter avec Letulle « *qu'il serait facile de démontrer victorieusement que toute altération dite spécifique ne possède pas un seul caractère anatomo-pathologique pathognomonique. La spécificité d'une maladie et par conséquent de ses lésions, réside*

en effet, uniquement dans son étiologie. Il faut une cause unique spéciale ne ressemblant qu'à elle-même et incapable de reproduire d'autre maladie qu'elle-même.» D'où nous pourrions conclure que l'absence de bacilles doit faire repousser l'origine bacillaire ; telle n'est pas notre intention ; l'avenir permettra, nous l'espérons, d'établir des démarcations précises ; ce que nous ignorons aujourd'hui, demain nous l'apprendra.

ÉTIOLOGIE

Étiologie. — Après ce que nous avons dit de l'anatomie de ces tumeurs, la genèse nous sera facile à exposer. Il s'agit *toujours d'une infection*, ayant déterminé une réaction défensive, avec hypertrophie qui constitue la néoformation. D'où vient l'infection ? C'est ce que nous nous proposons de rechercher.

Deux origines nous semblent probables : ou les microbes de la cavité intestinale traverseront la muqueuse et proliféreront sur place pour ainsi dire ; ou bien un organe voisin, sans connexion immédiate normale, infecté, contagionnera le tube digestif par adhérences pathologiques. D'où deux ordres de tumeurs : *primitives* et *secondaires*, division toute conventionnelle que tout le monde comprendra ; il ne faut pas prendre ces mots dans leur sens absolu, toute tumeur qu'elle soit primitive ou secondaire, comme nous le disons, étant néanmoins secondaire à l'infection causale.

Les tumeurs, que nous avons convenu de qualifier

primitives, relèvent, cela va sans dire, d'une inflammation intestinale.

L'invagination dans nos observations est retrouvée deux fois à l'origine : observations 2 et 19.

L'irritation par corps étrangers : accumulation de grains de raisin (obs. 3), arête de poisson (obs. 7).

C'est au même titre qu'il faut classer les entérites qui sont accompagnées de stases fécales : observations 9, 13, 17, 18, 21 à 25, 30.

De nombreux faits dont la pathogénie est insoupçonnée ressortissent probablement à une constipation avec entérite chronique ; c'est une simple hypothèse que l'avenir peut-être vérifiera.

Les néoplasies secondaires à une autre inflammation sont fréquemment des péritonites localisées. Les causes en sont extrêmement variées : épanchement sanguin (obs. 1), éventration et infection de l'épiploon qui s'enflamme (obs. 14), fistule suite de laparotomie (obs. 15), fil de soie (obs. 12 et 15), annexite (obs. 29), opération laborieuse, avec délabrement du péritoine (obs. 39), hernie compliquée d'adhérences épiploïques (obs. 41).

Il reste enfin un certain nombre de faits que nous n'osons ranger parmi les précédents parce que tout concourt à les faire regarder comme absolument primordiaux, sans aucune inflammation intestinale apparente.

Quelques-uns d'entre eux, dont une simple laparotomie exploratrice eut raison, sont bien faits pour déconcerter (obs. 28, 29, etc.) C'est une évolution qui rappelle de bien près celle de l'ascite tuberculeuse ; quoique les preuves de similitude manquent, nous ne

serions pas éloignés d'y voir plus qu'une analogie surtout après ce que l'anatomie nous a appris.

A côté de cette origine extrinsèque ou intrinsèque quel rôle joue le siège?

De la fréquence des tumeurs sur le gros intestin, sur ses parties déclives, quelles déductions y a-t-il à tirer?

Il est évident que si des adhérences antérieures ont fixé une anse sur une vésicule biliaire, ou une trompe enflammée, si des brides ont retenu, autour d'un pédicule insuffisamment péritonisé, une portion d'intestin voisine, la localisation sera absolument quelconque. C'est l'organe maintenu en contact, ou même seulement en connexion avec le foyer infectieux qui en subira les atteintes.

Les parties déclives du grêle ou des côlons seront plus fréquemment lésées parce que le bassin voit souvent son contenu infecté et ce sera plus le cæcum que l'iléon parce que celui-ci, plus mobile, rompra plus facilement des brides moins solides.

Il n'en est plus de même quand la cause est intestinale; alors le cæcum est pris presque uniquement : il constitue comme un carrefour, un réservoir où s'accumulent les matières avant d'entreprendre la traversée des côlons; et, quand cette stagnation s'ajoute à une irritation ancienne il faut bien peu de chose pour réchauffer les foyers latents.

La nature infectieuse des néoplasies inflammatoires ne fait aucun doute; ce qui reste dans l'ombre, c'est l'origine, la cause de cette infection; c'est un point qui n'est guère élucidé dans de nombreuses observations.

Plutôt que de nous livrer à des hypothèses plus ou moins vraisemblables, nous préférons nous en tenir aux faits précis, en faisant toutefois cette réserve que quelques-uns des faits de nature douteuse sont peut-être tuberculeux.

Et l'origine microbienne échappe tellement à l'examen que jamais on n'a pu découvrir de microorganisme, ainsi que M. Routier l'a fait observer.

SYMPTOMATOLOGIE

Comment se présentent ces tumeurs en clinique ? Le malade, d'âge variant en général de 25 à 35 ans, nous dira que depuis quelque temps, quelques semaines ou quelques mois, il est sujet à des malaises et qu'il a constaté le développement d'une *tumeur* dans l'abdomen; elle est, à ce qu'il pense, la cause de ses *douleurs ;* celles-ci se renouvellent, assez souvent sous forme de *coliques*, surtout une heure ou deux après les repas; ou bien la fréquence est moindre, et ce n'est que de loin en loin, après un écart de régime, qu'il se trouve rappelé à l'ordre ; une période de *constipation* prolongée peut lui paraître produire le même effet. Pendant sa crise, variable d'intensité suivant les sujets, allant de la douleur continue, qui épuise par sa durée, jusqu'aux paroxysmes les plus violents, pendant cette crise, il perçoit dans l'abdomen des gargouillements prenant naissance dans un point quelconque, mais se dirigeant toujours du même côté, s'arrêtant au même

point, comme annihilés par un obstacle insurmontable; à moins que la douleur, atteignant une acuité telle, elle n'en devienne syncopale, et que le patient ne se souvienne que de sa souffrance, sans pouvoir relater les phénomènes qui l'accompagnent. En même temps, le ventre se distend, se *ballonne*, jusqu'à l'instant où une poussée plus forte, plus énergique, force l'obstruction et marque le début du soulagement progressif. Que va sentir alors le malade? Dans la région où il a cru percevoir l'arrêt, il va sentir comme un sifflement, le bruit d'un gaz sous tension, s'échappant par un orifice étroit; il aura une abondante émission gazeuse par l'anus, et un peu brisé par sa crise, il va goûter un sommeil réparateur. Les jours suivants, les selles, rares depuis quelque temps, seront moins irrégulières, entrecoupées de poussées diarrhéiques légères, avec parfois des fausses membranes dans les fèces. Tel est le récit un peu dramatique, le tableau poussé au noir que fera le malheureux malade. Pressons-le de questions; insistons auprès de lui, pour savoir si cette attaque douloureuse qu'il décrit avec autant d'exactitude, a atteint d'emblée, la première fois, cette violence extrême. Si le malade s'observe il répondra non : depuis six mois, un an, lui qui auparavant avait une garde-robe tous les jours, il a remarqué qu'il restait plusieurs jours sans aller à la selle; plusieurs fois au milieu de la journée, pendant ses occupations, il a été obligé de s'arrêter; des coliques le faisaient souffrir; il rendait quelques gaz et tout était fini.

Ces crises, qui d'abord semblaient revenir sans cau-

ses, il s'est aperçu qu'un excès les ramenait après lui; depuis, il a dû s'observer, manger moins aux repas, prendre des purgatifs plus souvent pour obtenir des selles moins rares. Malgré cela, les récidives allaient en se répétant davantage; puis un jour, en prenant un bain ou à l'occasion d'une douleur localisée nettement en un point il a remarqué une grosseur.

Demandons-lui, si l'expérience aidant, il ne pourra *prévoir le retour de la crise,* si, dans les jours qui la précèdent, rien dans son état général, ne lui indique qu'elle approche. En effet, il se sent la bouche pâteuse, il a la langue saburrale, son haleine est fétide et, détail, qui ne cesse de revenir, la constipation est plus opiniâtre. Cependant, quelquefois la suppression des selles fait défaut, même il a de la diarrhée, et pourtant il se sent mal à l'aise, son *appétit* est *diminué* tant qu'une *débâcle* abondante n'est pas venu terminer la crise et éliminer toutes les toxines accumulées dans l'intestin, absorbées par sa muqueuse.

En dehors de ces poussées que nous venons de décrire, le malade se plaindra encore de *malaises*, de *céphalalgie;* même il aura de loin en loin des *élévations thermiques* assez accusées (pas toujours cependant) pour se traduire pas de l'herpès des lèvres, une animation particulière du visage.

L'*obstruction* aiguë, telle que nous venons de la présenter, n'est que le résultat d'une longue série de troubles; dans les observations 8 et 9, il est vrai, *la première manifestation* fut l'*occlusion;* la laparotomie fut faite d'urgence sur ce seul symptôme; le facies était

grippé, le pouls à 120, les extrémités refroidies ; l'issue menaçait d'être fatale, elle le fut du reste dans l'observation 9, il fallait parer au plus pressé.

Mais, considérons nos observations ; qu'y voyons-nous le plus souvent : des signes d'*obstruction chronique,* de la difficulté à la circulation des matières et des gaz, arrêt quelquefois ; les vomissements bilieux ou alimentaires sont fréquemment notés sans que pour cela l'obstruction soit trop accusée.

Quelle forme révêtent *les douleurs?* Il y a, cela va sans dire, des coliques sans caractères particuliers, au moment des paroxysmes ; mais dans les périodes de calme survient parfois une douleur sourde, toujours localisée au même point ; jamais de ces douleurs généralisées à tout l'abdomen, jamais non plus de ces irradiations que l'on rencontre dans la colique hépatique ou néphrétique. Sous la menace perpétuelle de ces phénomènes douloureux, le malade timoré, redoutant qu'à chaque repas lui reviennent ses souffrances (obs. 28 par ex.), se nourrit mal ou même ne se nourrit plus du tout. Son organisme déjà débilité, intoxiqué par la rétention des produits de fermentation des matières fécales va s'affaiblir encore davantage. Beaucoup se présentent au médecin, *amaigris, cachectiques,* le teint plombé ou jaune paille des cancéreux.

Examen du malade.—Dans la moitié des cas le malade lui-même aura reconnu la tumeur : c'est même, avec ce diagnostic, qu'il se présentera. Couché sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, après lui avoir recommandé de respirer largement, la bouche ouverte,

promenez doucement la face palmaire des doigts sur l'abdomen, et l'attention du sujet étant attirée ailleurs par des questions, vous profitez d'une respiration profonde pour enfoncer la pulpe des doigts dans la profondeur ; explorez de même toute la cavité abdominale ; en un point vous sentirez une masse ; la *pression* de la *main est douloureuse ;* la consistance *est dure,* nulle part elle ne cède sous le doigt ; encore bien moins est-elle fluctuante. Sa *surface* est ou *bien lisse, régulière, ou parsemée de saillies rudes ;* saisie entre les doigts et le pouce d'une main, ou entre les deux mains, elle apparaît comme une tumeur nettement isolée ; mais la moindre tentative de mobilisation est inutile ; *solidement fixée* dans la profondeur elle résiste, provoquant des douleurs qui font cesser les tentatives. Ailleurs, la masse étalée, diffuse, envoyant des prolongements dans divers sens ne se laissera même pas saisir par la main. Bien souvent, chez des sujets en état d'obstruction légère permanente, avec un intestin distendu par des gaz, la tumeur échappe à tout examen tant qu'on ne parvient pas à réduire le tympanisme.

Le *volume* est excessivement *variable* depuis celui d'*une noix* jusqu'à celui d'un *œuf,* et même plus pour les néoformations diffuses englobant plusieurs anses grêles ; la gravité des accidents ne dépendant pas tant du volume de la tumeur que de son siège sur l'intestin.

Pour sentir facilement les tumeurs du côlon il est une manœuvre sur laquelle Okinczyc insiste dans sa thèse ; elle consiste, avec la pulpe des doigts placés vers le milieu de l'abdomen, à déprimer la paroi pres-

que jusqu'au contact de la paroi postérieure, à ramener ensuite les doigts en dehors vers la fosse iliaque ; le côlon se trouve accroché.

Quelquefois, il faudra user de subterfuges, aller à la recherche d'une tumeur qui ne veut pas se laisser saisir : si alors on fait placer le malade dans la *position génu-pectorale* (obs. 3), on est tout surpris de sentir, pour ainsi dire sous la main, une masse que les recherches les plus minutieuses ont été impuissantes à découvrir.

Cette tumeur que l'on a découverte, il faut en préciser la forme, les contours, en suivre les variations de siège, de forme, si nécessaire ; quand une masse siégera sur le trajet du côlon, il est un artifice qui nous sera d'un grand secours, nous voulons parler de l'*insufflation*. Supposons une néoformation de la paroi antérieure du côlon ascendant, transverse ou descendant, peu importe, elle est de volume moyen, cachée dans la profondeur ; le malade, couché sur le dos, la perception en est imprécise ou nulle, en position génu-pectorale il est incommode d'en saisir les limites. Insufflons de l'air dans le côlon ; celui-ci dessine son trajet aussitôt, et la tumeur vient prendre contact, elle est sous le doigt qui peut l'étudier à loisir. Une tumeur située en dehors du côlon pourra disparaître derrière celui-ci distendu.

La masse que nous venons de sentir, de toucher, de mesurer, dont nous venons de chercher et d'établir les connexions, qui nous a paru dure, solide, l'est-elle réellement, n'est-ce pas une cavité remplie de gaz, à parois tendues à l'excès. La *percussion*, dira-t-on, va donner

la clef de cette énigme ! il ne faut pas trop attendre de la percussion ; elle donne souvent dans ces cas des résultats discordants. Si la *matité* est signalée, la *submatité*, la *sonorité légèrement voilée* sont plus fréquentes ; mais la sonorité normale n'est pas une rareté ; à moins que l'on ait affaire à une masse très volumineuse, en contact avec la paroi, quand l'intestin est tympanisé, ses anses, ballonnées viennent couvrir la tumeur dont elles masquent le son.

Si nous avions à examiner un malade en pleine crise, les résultats seraient autres ; torturé par les coliques, la palpation n'aurait que faire ; tout au plus, pourrions-nous constater la tension abdominale ; la sonorité tympanique du ventre paraîtrait au moindre choc ; le *péristaltisme intestinal* apparent sur la paroi n'aurait pas besoin du contrôle de la main. Il faudrait remettre à plus tard la recherche de la tumeur et de ses caractères.

Il est un phénomène que nous devons indiquer, parce qu'il est signalé dans l'observation 13. C'est la *tension de la tumeur, quand on provoque un effort* (mouvement pour s'asseoir, par exemple) ; ceci, on le conçoit, ne peut se produire que dans les cas de fusion intime avec la paroi ou de fortes adhérences musculaires.

Passons maintenant à quelques signes particuliers selon le siège de la lésion : tout le monde sait qu'une *occlusion de la fin de l'intestin grêle* donne lieu à un *ballonnement médian*, avec *affaissement des côlons* ; qu'un *obstacle siégeant sur la fin du côlon* détermine *une dilatation en fer à cheval* dessinant le trajet de cette portion du tube digestif ; nous n'insisterons pas

sur cette distinction que l'on trouve dans tous les traités classiques, non plus que sur le *clapotage du cæcum ;* ce sont symptômes qui ne sont signalés dans aucune des observations que nous avons recueillies, la constatation de la tumeur étant un indice suffisant pour la détermination du siège. Nous en dirons autant du *signe de Mathieu* que M. Ricard a mentionné à la Société de chirurgie (19 juin 1907) à propos d'un fait personnel.

Quels renseignements pouvons-nous tirer de l'examen des fèces ? Aucun ou bien peu : il n'y a, pour ainsi dire *jamais de sang,* au moins visible à l'œil nu. Dans un seul cas (obs. 7), sa présence a été notée une seule fois après un lavement ; il est à peu près certain que cela vient de la blessure de la muqueuse, subie lors de la perforation par l'arête. Il n'y a du reste aucune raison pour qu'un examen chimique ou microscopique scrupuleux en ait révélé dans les autres ; l'anatomie pathologique ne nous a-t-elle pas montré que les lésions de la muqueuse sont accessoires dans le genre d'affection qui nous occupe.

La *température est relevée* neuf fois (1, 7, 14, 16, 17, 35, 36, 37, 39) ; ce ne sont pas des ascensions brusques, des poussées fébriles très marquées ; simplement de petites oscillations de un degré à un degré et demi (38° 38°5). Il est regrettable que ce signe n'ait pas été l'objet de plus d'attention. C'est un symptôme auquel Okinczyc semble attacher beaucoup d'importance, à juste titre ; c'est la preuve de l'infection, d'une recrudescence de virulence des microbes. A lui seul, s'il avait été soigneusement étudié dans tous les cas, il aurait apporté un

sérieux appoint à la preuve de la nature inflammatoire.

Les *antécédents* sont plus riches en indications utiles. Ce sont, pour la plupart, des malades avec un passé pathologique sinon chargé, du moins assez bien représenté ; ce sont d'anciens laparotomisés, d'anciens porteurs de hernies compliquées d'adhérences épiploïques, etc... ; ils n'ont jamais recouvré une santé parfaite depuis leur dernière opération ; ils ont eu quelques accès de fièvre qui les ont obligés à garder le lit, sans autre accident, ou bien les suites opératoires n'ont pas été des plus brillantes ; la plaie, d'une cicatrisation lente, ne s'est pas réunie par première intention ; un point a donné quelques gouttes de pus ; un abcès a amené à sa suite une fistule à sécrétion muco-purulente qui a duré de longs mois ; des traitements locaux sont restés inefficaces ; il a fallu une nouvelle opération pour obtenir une guérison radicale. Même, parfois il y a plus, ce n'est plus une simple fistule purulente que l'on a eu à guérir, mais une véritable fistule stercorale rebelle à tout traitement ; on trouve alors le souvenir d'une maladie grave, d'une opération laborieuse, d'un drainage consécutif : un jour au milieu du pansement on a trouvé des matières, révélatrices de la perforation de l'intestin. Cette fistule que nous avons présentée comme ne cédant qu'à une intervention chirurgicale, se ferme quelquefois sous une simple cautérisation suivie d'un pansement approprié, et après quelques tentatives infructueuses, où la diminution de sécrétion est accompagnée d'accidents fébriles ou douloureux, on est tout étonné de constater la marche favorable, et le malade

définitivement guéri peut quitter l'hôpital. C'est alors que commence pour lui une série ininterrompue de malaises, qui ne finissent qu'avec une opération plus approfondie ; l'observation de M. Proust en est un exemple frappant : poussées thermiques passagères, sans cause apparente aucune, crises douloureuses légères puis aiguës, et enfin toute la série des accidents que nous avons rapportés, jusqu'à ce que leur fréquence ou leur violence devienne telle que le malade réclame lui-même une intervention.

Le toucher vaginal est bien peu utile en général, à moins qu'il ne s'agisse d'une infiltration diffuse envahissant le bassin, et descendue du côlon, comme dans l'observation 11, ou d'une masse bas située, ayant pris naissance au contact des annexes, ou sur un pédicule d'ovariotomie. La sensation du doigt vaginal n'apportera qu'un faible tribut au diagnostic.

Nous en dirons autant *du toucher rectal ;* pourtant dans l'observation 9 il aurait pu faire reconnaître l'adhérence du rectum à la tumeur iléo-cæcale.

Il est une investigation qui nous causera plus de surprise : c'est la *chasse aux ganglions :* en quelque endroit que nous cherchions, des sièges habituels dans les néoplasmes abdominaux, aines, creux sus-claviculaires, etc., nous ne pourrons en rencontrer. Est-ce à dire qu'il n'en existe pas ? Non et plusieurs fois leur présence est relatée dans les opérations ; mais ce sont des *ganglions mésentériques,* dans le voisinage immédiat du mal ; jamais dans aucune des observations on n'a signalé de ces adénites métastatiques éloignées du foyer

pathologique. Ce sont des ganglions gros, hypertrophiés, de consistance ferme, mais non durs, et ligneux comme on pourrait s'y attendre ; ce ne sont pas de ces petites glandes isolées, bien nettes, arrondies ; on a un gonflement insolite avec périadénite fréquente. L'infection avait commencé à envahir les tissus ; elle prenait la voie normale des lymphatiques, mais elle a trouvé une barrière : les ganglions.

Urines. — L'examen des urines est, lui aussi, peu fécond en caractères spécifiques. L'albumine, le sucre n'ont jamais été notés. C'est une recherche que l'on ne semble pourtant pas avoir négligée. On trouve partout le même résultat négatif *: ni sucre, ni albumine.* Il est un point sur lequel, à notre avis, on n'a pas assez insisté : le *scatol* et l'*indican.* Il paraît probable que si leur réaction avait été un peu plus souvent tentée on aurait pu en déceler la présence ; beaucoup de malades faisaient de l'obstruction chronique avec tout son cortège : anorexie, embarras gastrique, constipation ; et quand des matières fécales stagnent d'une façon continue dans le canal digestif il est assez rare que cet arrêt n'ait pas pour conséquence une résorption plus ou moins active des produits de la fermentation qui ne manque pas de se produire. On sait que cette résorption se traduit par la présence d'indican dans l'urine. De même pour le *dosage de l'urée* dont la diminution constitue une présomption en faveur du cancer.

Examen du sang.— Toujours la même pénurie d'observations pouvant former un tout imposant. Des constatations faites dans d'autres affections, et des déduc-

tions que l'on peut en tirer, il était permis de prévoir que le chiffre des leucocytes devait être élevé, notablement accru. C'est ce que nous a confirmé l'observation 7. A l'état normal Lefas nous apprend que le chiffre de leucocytes oscille chez l'homme entre 6.000 et 11.000 ; il nous apprend également que dans les cas de suppuration, ce chiffre se trouve porté de 15.000 à 20.000. C'est celui que l'on aurait certainement trouvé dans la période fébrile que chaque malade a dû traverser. C'est celui que Beach rapporte dans son observation : 16.200. C'est un signe sur lequel insiste Okinczyc en notant qu'on doit surtout le rechercher au moment de la crise fébrile. La constatation d'un pareil chiffre, chez un malade souffrant depuis quelques jours, avec obstruction, serait en faveur d'une infection dont le siège et l'origine resteraient à déterminer.

Comme conclusion à l'étude qui précède, nous dirons que les néoplasies inflammatoires chroniques ont *deux périodes : une de début* caractérisée par des *signes fonctionnels* et une *période d'état* marquée par des *signes physiques*.

Les *signes fonctionnels* de la première période, nous les avons étudiés ; ce sont : la douleur, les troubles digestifs (alternative de diarrhée et de constipation), dyspeptiques (nausées, vomissements, amaigrissement). A y bien réfléchir cette période paraît moins longue que dans le cancer et la tuberculose.

La *période d'état* commence avec la constitution de la tumeur entraînant les complications déjà mentionnées (obstruction, compression, etc.).

EVOLUTION

Évolution : Que deviendra un malade abandonné à lui-même : après des accidents aigus s'acheminera-t-il vers une *guérison définitive*, verra-t-il sa tumeur disparaître spontanément, ou bien l'*occlusion* se faisant plus serrée, la stercorémie viendra-t-elle ajouter ses effets nocifs aux crises douloureuses incessantes ? La réponse ne laisse pas que d'être embarrassante ; dans beaucoup de nos cas la situation était devenue tellement alarmante que l'on dut y remédier par une intervention chirurgicale, intervention le plus souvent suivie de succès, mais dont l'urgence peut devenir telle que le patient affaibli n'en puisse faire les frais (obs. 9). Seuls deux cas de Hartmann (obs. 36-37) ont rétrocédé spontanément sans que la moindre action chirurgicale fût nécessaire. Si les faits du même genre ne sont pas rares (Lejars en a cités lors de la discussion à la Société de chirurgie, déc. 1907), cela nous prouve seulement qu'une issue favorable est probable, non certaine ; les douleurs peuvent atteindre un degré que le malade ne puisse

supporter, l'obstruction peut devenir pour lui une menace constante, l'amaigrissement et la cachexie tels qu'on ne doive plus se contenter d'attendre la guérison spontanée et que l'on cherche à la provoquer.

Ainsi *deux formes* bien nettes se présentent : ou bien sous l'influence de moyens médicaux la *résolution spontanée* s'accomplit et tel malade que l'on avait vu quinze jours auparavant avec une tumeur du volume du poing revient en voie de guérison, la tuméfaction ayant diminué de moitié, — ou les *accidents devenant plus pressants* le chirurgien n'a plus le droit d'attendre et c'est de lui que dépend le résultat.

DIAGNOSTIC

En présence d'un malade qui se présente avec des vomissements, des douleurs abdominales, du péristaltisme, du ballonnement du ventre, qui se plaint d'être constipé, d'avoir quelquefois des débâcles, qui n'a plus d'appétit, qui a maigri considérablement et qui a l'aspect cachectique, la première idée qui vient à l'esprit c'est que l'on a affaire à une obstruction chronique de l'intestin et que cette obstruction est due à un cancer. Que de plus, le malade ou l'examen nous révèle une tumeur et notre opinion paraîtra confirmée. C'est le diagnostic auquel se sont arrêtés la majorité de ceux dont nous avons rapporté les observations. Maintenant que ces tumeurs inflammatoires commencent à être connues, c'est le moment de répéter pour l'intestin ce que Dieulafoy a écrit pour l'estomac : « *C'est la tumeur qui cause le plus souvent l'erreur de diagnostic. Tant que le malade n'avait point de tumeur, on hésitait et on espérait ; avec la tumeur, on n'hésite plus, on diagnostique le cancer* » (10e édition, p. 275). Nous avons

tenu à rapporter cette phrase de l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu, car ce qui est vrai de l'estomac l'est aussi de l'intestin.

Tant que le malade aura des douleurs, de la constipation, on pensera bien au cancer, mais en l'absence de tumeur on cherchera avec l'espoir de découvrir la cause du mal. Que la tumeur apparaisse, il n'y a plus de doute dans l'esprit du clinicien, c'est d'un néoplasme qu'il s'agit et les jours du malade sont comptés. Heureusement, pour ce dernier, l'avenir se charge d'infliger un sanglant démenti, et des malades dont l'âge avancé est encore un argument de plus en faveur du diagnostic, considérés comme irrémédiablement perdus par plusieurs médecins (obs. 36, 37), voient, sans l'influence de la médication la plus anodine, leur mal disparaître, ils reviennent à la santé. Sans doute la ressemblance était frappante, et l'erreur facile pour un clinicien non averti. Nous espérons qu'à l'avenir une utilisation plus complète des ressources que nous offre le laboratoire s'opposera à de pareilles méprises. Ceci, pourra-t-on dire, n'a aucune importance car en présence d'un malade atteint d'obstruction, peu importe la cause, le traitement sera le même. Peut-être non, ou plutôt oui le traitement sera identique ; mais par une cruelle ironie du sort tel malade à qui, en désespoir de cause, on aura fait un anus contre nature pour lui permettre de terminer ses jours le moins péniblement possible, se sentira régénéré, et chaque jour la guérison fera des progrès jusqu'à ce qu'elle soit définitive. Tout simplement parce que des investigations insuffisantes auront

dédaigné des recherches qui semblaient superflues. Parcourons en effet les traités classiques ; qu'y trouvons-nous ? Évidemment, nous verrons qu'un *cancéreux* a le teint jaune paille, cachectique, qu'il maigrit, mais nous y verrons aussi autre chose ; si l'on pratique l'examen de son sang, nous obtiendrons des renseignements qu'une assez longue expérience a consacrés. Il y a de *l'anémie:* ses globules rouges au lieu d'osciller comme à l'état normal entre 4.500.000 et 5.000.000 sont réduits à 3.000.000, même 2.000.000; on a même été jusqu'à n'en compter que 544.000, dans des cancers ulcérés et saignants. Les globules blancs sont accrus : 12.000 au lieu de 8.000. Si chez un sujet, dont toutes les apparences sont en faveur du cancer, *l'hématologie donne des résultats discordants* avec ce que la pratique enseigne, devrons-nous malgré tout passer outre et maintenir notre premier diagnostic. Nous avons vu que dans l'observation 7, la leucocytose était de 16.200. C'est un chiffre que l'on ne rencontre dans le cancer que dans des cas exceptionnels, tandis qu'il est fréquent dans les infections ; le chiffre d'hématies sera normal ; il n'y a rien qui puisse l'abaisser, aucune hémorrhagie.

Supposons que tout conspire à nous égarer ; admettons que le cancer provoque un abcès profond comme Tuffier l'a montré (*Semaine médicale,* 1904) ; il y aura leucocytose.

Nous ne voulons pas soutenir que le cancer qui s'est infecté et qui a infecté ses ganglions n'a pu le faire qu'à la faveur d'ulcérations (provoquant elles-mêmes des hémorragies) ; les irrégularités créées à la surface

interne de l'intestin, déterminent des cryptes où les microbes retenus et virulents, vont traverser l'épithélium. Il est possible théoriquement que cet envahissement ait lieu sans ulcération ; c'est peu probable, et d'autre part est-il bien établi que les hémorragies sont seules responsables de l'anémie ? Quoi qu'il en soit dans les trois observations citées par Tuffier l'examen hématologique, et la comparaison des chiffres trouvés sont très instructifs. Le nombre des hématies varie de 3.627.000 à 4.154.000, dernier chiffre déjà inférieur au taux normal qui oscille de 4.500.000 à 5.000.000. Il y a incontestablement anémie. Le nombre des leucocytes chez les mêmes malades varie de 10.710 à 19.212, chiffre le plus élevé qui ait été découvert. Des esprits non prévenus feraient remarquer qu'un tel chiffre est en faveur d'une suppuration, ce que nous ne contestons pas, puisqu'il s'agit de suppuration au cours de cancer.

Mais rapprochons ce nombre de 19.212 leucocytes du nombre d'hématies trouvé à la même épreuve, nous constatons que ce dernier n'est que de 3.627.000, chiffre le plus bas trouvé dans ces épreuves ; d'où l'on peut conclure : à une leucocytose élevée dans les suppurations cancéreuses correspond un faible nombre d'hématies, 3.627.000, étant manifestement inférieur à la normale. Au chiffre de 10.710 leucocytes trouvé dans un autre cas correspondent 4.154.000 hématies. De plus dans aucune des observations rapportées par Tuffier il n'est fait mention de température : sur les trois, dans une il n'en est pas question, la seconde a :

37°2, la troisième porte cette note : aucun mouvement fébrile marqué. On conçoit que pour obtenir des renseignements dignes d'intérêt de ces recherches hématologiques, elles doivent être faites avec méthode ; ce n'est pas en opérant une numération une fois par hasard chez un malade, que l'on pourra acquérir des résultats suffisants pour asseoir une conviction.

On ne peut discuter sur un chiffre, en clinique moins qu'ailleurs, les causes d'erreur sont si fréquentes. C'est à plusieurs reprises que l'on aura soin de faire la numération des globules ; c'est évidemment pendant les périodes fébriles que l'on aura le plus de chances de trouver l'hyperleucocytose. Malgré cela dans l'observation 7 la seule où le fait soit noté, on ne signale aucune coïncidence entre l'hyperleucocytose 16.200 et l'ascension thermique.

De cette longue discussion il est une chose importante à retenir, c'est *la différence absolue entre le chiffre globulaire du cancer et celui de la tumeur inflammatoire ; anémie rouge marquée, et hyperleucocytose exceptionnelle dans le cancer ; hyperleucocytose assez nette dans la tumeur inflammatoire autant qu'il peut être permis de le supposer.*

Quand un abcès complique le cancer, l'hyperleucocytose p ourrait venir jeter quelque trouble dans l'esprit; en pareil cas on note toujours une anémie marquée, et nous semble-t-il, d'autant plus marquée que l'hyperleucocytose est élevée.

En parlant de l'anémie cancéreuse nous avons rapporté cette opinion généralement admise qu'elle recon-

naît pour cause les hémorragies abondantes. Personne n'ignore en effet que ces accidents sont fréquents et quelquefois mortels par leur quantité. Le cancer est une lésion envahissante, destructive. Rien de plus naturel que les vaisseaux qui le côtoient, les muqueuses qui le couvrent, participent à la destruction des autres tissus. Il se fait des *hémorragies* dont le caractère varie selon l'abondance et la modalité (filets sanguins épars sur les fèces, mucosités sanguinolentes ; matières noirâtres ; sang presque rutilant ; sang accumulé dans l'ampoule et constitué en caillots expulsés par des efforts de défécation). A côté de ces hémorragies constatables à l'œil nu, il en est où le secours du microscope ou de la chimie est nécessaire, l'un pour retrouver les globules, l'autre pour déceler l'hémorragie par une réaction colorante. Nous ne faisons que rappeler ici les procédés de Weber à la teinture de gaïac, de Schaer et Rossel à la teinture d'aloïne, ou d'Adler à la benzidine, procédés que l'on trouve décrits dans la thèse de Girault de 1906. Eh bien, dans une seule de nos observations, l'observation 7 où la muqueuse avait été blessée, l'hémorragie a été constatée une seule fois et encore après un lavement. Sauf cette exception, jamais le fait n'a été relaté. Tout du reste doit le faire prévoir, l'anatomie pathologique en première ligne ; elle nous a appris que c'étaient des tumeurs dues à la réaction défensive des tissus ; tant que leur rôle de défense n'est pas rempli, elles s'accroissent pour organiser la lutte ; quand d'actives, elles sont réduites à un rôle plus modeste, elles n'ont aucune tendance à ronger les tissus ; leur siège est le

tissu conjonctif, partout hypertrophié ; il y a dans leur intérieur des vaisseaux néoformés, dilatés, mais non rompus ; la muqueuse forme à leur surface un revêtement continu. Le mœlena recherché dans beaucoup d'observations n'a pas été reconnu. A ceux qui nous objecteraient que cette constatation macroscopique ne saurait les satisfaire, que des recherches plus précises, microscopiques ou chimiques seraient nécessaires, nous répondrons en les renvoyant aux examens histologiques des pièces dont l'éloquence les convaincra. Non pas que nous attachions une importance sans limite à ce signe plutôt négatif ; ce n'est pas la présence ou l'absence d'un seul caractère qui doit fixer un diagnostic hésitant, mais un ensemble bien déterminé. Si la réunion insolite de symptômes communs à d'autres affections ne contribue pas à établir une opinion, elle peut faire hésiter à propos d'une maladie à laquelle on aurait pensé, et provoquer des recherches complémentaires qui seront peut-être plus décisives.

Examen des urines. — Les urines contiennent à l'état normal 25 gr. 37 d'urée par litre ; chaque sujet élimine 33 grammes d'urée par jour. Un cancéreux, Rommelaere l'a démontré, voit la quantité d'urée éliminée diminuée ; il y a hypoazoturie ; de ce qu'un malade n'aura pas d'hypoazoturie nous en pourrons conclure peut-être à l'absence de cancer ; il y aura probabilité pour qu'une autre affection évolue. De même l'indicanurie relatée dans le cancer, indiquée par Okinczyc dans les lésions inflammatoires, ne peut servir de preuve en faveur de l'un ou l'autre ; elle est la conséquence de la stase et

de la fermentation, et se produit quelle qu'en soit la cause.

Température. — Ici, nous abordons un des points les moins discutés du problème: c'est celui sur lequel le plus grand nombre d'acteurs se sont mis d'accord : on en a presque fait un caractère spécifique ; Okinczyc, dont nous avons fortement mis l'étude à contribution, croit que c'est le signe le plus sûr : c'est lui qui a fait faire le diagnostic à M. Hartmann dans les trois cas qu'il rapporte. Sans doute les patients qui se plaindront d'avoir à souffrir d'accès fébriles à plusieurs reprises seront pour nous suspects d'infection. Mais, n'est-il pas possible de voir de l'infection dans le cancer et de la température comme conséquence, cette fièvre des cancéreux dont parle Verneuil : c'est néanmoins assez exceptionnel ; malgré tout, il suffit qu'elle puisse exister, pour ne plus constituer à elle seule un signe indubitable d'inflammation.

Comme on le voit, un examen clinique approfondi, quand on se trouve en présence d'une tuméfaction dont on ne peut établir nettement la relation avec une inflammation antérieure, peut ne pas faire hésiter les plus expérimentés. Si un sujet, malgré le tableau clinique d'une néoplasie, ne présente pas d'une façon constante les signes que nous venons d'étudier : anémie rouge avec ou sans leucocytose moyenne, hypoazoturie, le tout évoluant sans fièvre ; et s'il n'y a pas cette concordance qui en fait la valeur, nous serons en droit d'émettre cette hypothèse que notre première opinion est peut-être erronée.

Un seul atout reste au chirurgien, pour pronostiquer la marche ultérieure : la constatation par la *laparotomie ;* il verra souvent ses craintes se confirmer ; quand l'ouverture de l'abdomen découvrira ces masses irrégulières, englobant l'angle iléo-cæcal, ou plusieurs anses grêles, mettant sur le trajet du côlon transverse une barrière infranchissable, alors, pour lui plus de doute, c'est bien du cancer. En pareil cas la prudence est de mise ; sans doute cela lui rappelle le néoplasme qu'il a souvent vu ; mais la fusion entre les tissus chroniquement enflammés et les parties voisines, vessie, intestin, épiploon, parois du petit bassin, est plus complète que dans les néoplasmes. Dans le cas de cancer des annexes remplissant le petit bassin, il y a toujours des *endroits libres d'adhérences,* si petits soient-ils ; il n'y a pas cette *fusion intime des parties,* qui sont noyées dans un tissu d'aspect grisâtre, fort épais, et dans lequel on trouve quelquefois de vrais abcès, d'autres fois de très petits foyers, gros comme des pois, pleins de pus. » Telle est l'assertion que lança M. Routier dans la discussion devant la Société de Chirurgie en décembre 1907. Phrase pleine de vérités ; combien encore insuffisante ! beaucoup de chirurgiens autorisés s'y sont trompés.

C'est un caractère que M. le professeur Segond avait signalé le premier devant cette même société en juin 1903 : « Il y a sans doute des cas évidents dans lesquels les caractères d'un cancer intestinal, rencontré au cours de l'ablation d'un fibrome utérin ou de kystes ovariens, sautent aux yeux. Cela se voit surtout lors-

que fibromes ou kystes ne se compliquent d'aucun processus phlegmasique péritonéal.

Mais quand la tumeur intestinale soupçonnée cancéreuse se découvre au milieu *des fausses membranes et des lésions plus ou moins complexes de la péritonite*, la situation devient plus délicate et, je le répète, il est difficile de la préciser absolument. Les éléments du diagnostic sont, en effet, aussi variables, ici, que les cas particuliers. On peut toutefois retenir que c'est précisément en *pareilles circonstances, que les faux cancers ont chance de se rencontrer, et c'est en somme la seule particularité dont j'ai voulu signaler l'importance, à mon sens, très réelle.* »

La seule ressource reste dans *les antécédents* : force nous sera d'opter pour l'inflammation si dans son passé le malade a un des accidents que nous avons indiqués à la symptomatologie, à laquelle nous renvoyons (inflammation mal refroidie, intervention avec suites troublées : drainage, suppuration, etc.).

Les *tumeurs siégeant sur le côlon transverse, sur les anses grêles* ont, comme toutes, une mobilité très réduite ; c'est ce qui facilitera la distinction avec celle *du mésentère* dont la *grande mobilité* dans les débuts contraste avec la fixité des autres. Les *tumeurs du mésentère* sont situées au niveau de l'ombilic ; les rares exemples de tumeurs inflammatoires de l'intestin grêle sont plutôt dans les parties déclives où les ont retenues les adhérences ; si elles sont maintenues à un niveau plus élevé, la fusion avec la paroi donne une matité (quand il n'y a aucun obstacle au cours des gaz) qui n'a rien

de la sonorité des anses grêles, qui voilent le contenu mésentérique.

Une tuméfaction située sur le côlon transverse, son angle hépatique, ou la partie proche du côlon ascendant fera songer au *rein*. Une tumeur sentie dans le flanc droit, avec un affaissement de la masse sacro-lombaire donnera de fortes présomptions en faveur d'un rein déplacé (obs. 4); c'en est le siège habituel; un rein est assez facilement réductible, à moins que d'adhérences, ce qui est rare; la *ptose rénale*, qui survient chez des jeunes femmes nerveuses, ayant de la ptose de tous leurs viscères, est accompagnée de troubles digestifs : entérite, entéro-colite, qui pourraient en imposer; ces phénomènes morbides sont améliorés par un traitement médical approprié; le rein maintenu réduit ne trouble plus par ses déplacements; le rein a un volume, une consistance, une forme, que ne peut revêtir un amas d'adhérences; la pression provoque une douleur qui peut aller jusqu'à la syncope. Enfin des troubles urinaires peuvent survenir : diminution de la quantité d'urine au moment de la crise (coudure de l'uretère) suivie d'une abondante miction qui marque la guérison. L'*hydronéphrose* intermittente mérite plus d'attention : la crise débute brusquement, avec sa douleur vive, dont le siège, les irradiations, les modalités sont si spéciales; des vomissements surviennent, alimentaires ou bilieux, puis une oligurie ou même une anurie absolue : brusquement tout cesse, spontanément ou après réduction de la tumeur par le médecin : une polyurie momentanée succède à l'anurie et le palper

rénal n'indique jusqu'à la crise suivante qu'un rein mobile et souvent douloureux. D'ailleurs il s'agit de tumeurs liquides qui ne présentent jamais la dureté ligneuse des tumeurs inflammatoires, et auxquelles manque le cortège des troubles digestifs.

Une *vésicule biliaire altérée* pourrait induire en erreur : nous avons pour nous éclairer le siège de la douleur, l'irradiation, les antécédents de coliques hépatiques, l'ictère et la forte ascension thermique; le cas serait plus embarrassant si une vésicule chroniquement enflammée avait déterminé de la péritonite adhésive avec brides s'étendant jusqu'à l'intestin et l'étranglant. L'association de symptômes serait déconcertante ; seuls les antécédents pourraient apporter quelque éclaircissement.

La *migration des calculs biliaires et rénaux* détermine un syndrome trop particulier pour que nous y insistions.

Nous n'aborderons même pas *les tumeurs du foie:* elles ont des signes trop spéciaux pour que la confusion fût possible.

Les localisations sur le cæcum sont d'une distinction moins facile.

L'abcès par congestion, venant bomber au-dessus du psoas, est liquide, indolore ; il vient de plus haut ; la recherche de la lésion osseuse fournira des données importantes.

Les adénites iliaques tuberculeuses, développées sans aucune réaction, sont accompagnées d'adénite inguinale ; il existe en même temps d'autres manifestations

ganglionnaires ; le sujet est jeune. La coexistence avec la coxalgie est fréquente.

Le *psoïtis* a une douleur vive, une évolution aiguë, avec fortes ascensions thermiques ; la douleur est irradiée selon le trajet des nerfs lombaires. L'attitude du membre est caractéristique : flexion de la cuisse sur le bassin et rotation en dehors. L'abcès tend à s'ouvrir spontanément.

Signalons seulement pour mémoire le *phlegmon iliaque,* les collections purulentes appendiculaires dont l'acuité ne pourra donner lieu à aucune méprise.

Les douleurs vives, la crépitation parcheminée, la pulsatilité, le souffle quelquefois, des troubles circulatoires par compression, l'accroissement rapide de la tumeur feront penser à *l'ostéo-sarcome du bassin.*

Les *enchondromes, les exostoses, les fibromes du bassin* sont des affections rares qui déterminent des accidents de compression, qui siègent sur l'os, par conséquent sous le muscle. Une palpation attentive montre un intestin normal que l'on sent distinctement, indépendant de la tumeur.

La douleur de la *sacrocoxalgie* est plus localisée à l'interligne articulaire : les troubles de la marche, la claudication suffisent ; plus tard s'ajoute la fluctuation de l'abcès.

Nous ne reviendrons pas à propos du *cæcum* sur ce que nous avons dit du *cancer en général* ; les mêmes arguments peuvent être répétés. Des *hémorrhagies hémorrhoïdaires* pourraient donner le change : la constatation directe par la vue, le toucher, des dilatations

variqueuses, les caractères du sang écarteront tous les doutes.

Les *tumeurs stercorales* se rencontrent chez les constipés habituels ; on trouve des scybales, des fécalomes dans d'autres parties de l'intestin ; il y a des masses séparées entre lesquelles le doigt peut s'enfoncer : la masse principale elle-même est moins résistante ; on réussit à la déprimer, à la déformer par la pression. Et surtout elles subissent des modifications importantes sous l'influence des lavements et des purgatifs ; elles peuvent même disparaître complètement.

L'examen génital de la femme, son passé, feront reconnaître un *annexite* refroidie, en voie de résolution.

Les *kystes hydatiques* de la rate ou du rein donneront rarement lieu à des méprises.

L'*actinomycose cæco-appendiculaire* évolue en deux périodes : d'abord des douleurs dans le bas ventre, de la tension de la cuisse, de la constipation, quelquefois de la diarrhée, des selles muco-membraneuses, puis une tumeur dure, indolore ; une température peu élevée : 37°5 à 38°5 ; pas d'anorexie ; la numération des globules donne 3.200.000 hématies, 12.000 leucocytes ; un abcès s'ouvre à la paroi et se fistulise ; dans le produit d'écoulement des fistules on recherchera les grains jaunes ; le traitement ioduré permettra de se faire une opinion.

La tuberculose hypertrophique du cæcum évolue en deux périodes : d'abord, le malade ressent dans la région cæcale une douleur ordinairement sourde, mais pouvant atteindre néanmoins une acuité extrême, il a en

même temps quelques troubles digestifs (crampes épigastriques, vomissements, diarrhée, et plus souvent constipation). Il peut également avoir du mœlena. Ceci dure de deux à trois ans.

Ensuite, à la période d'état on observe les mêmes symptômes plus accusés, avec quelques petites crises d'obstruction. C'est alors qu'apparaissent les signes physiques : météorisme, péristaltisme apparents à la vue. Tumeur siégeant dans la fosse iliaque droite, à parois lisses, avec quelques petites bosselures. Palpation indolore.

En général le tuberculome cæcal est mobile, nettement limité. Les sujets sont en outre fréquemment atteints d'autres localisations de l'affection : pulmonaire ou autre. Quoi qu'il en soit, ces formes chroniques offrent bien des analogies avec les tumeurs inflammatoires pures. Le microscope seul peut parfois élucider la question.

PRONOSTIC

Pronostic. — « *Ces lésions sont bénignes dans leur essence; elles sont malignes par leurs manifestations* », concluent MM. Cavaillon et Bardin dans leur étude sur les néoplasmes inflammatoires du côlon pelvien (*Gazette des Hôpitaux*, 1907). Il ne faudrait pas faire un tableau trop noir des complications probables ; si la malade de l'observation 9 a succombé après l'opération il ne faut pas incriminer la tumeur : elle est morte, comme serait mort tout malade atteint d'occlusion aiguë quelle qu'en soit la cause : « L'opération, dit l'auteur, avait été faite par acquis de conscience puisque au moment de l'intervention, la température marquait 36° et que les extrémités étaient froides » ; cette femme dont on ne rapporte aucune histoire clinique avait peut-être son occlusion depuis plusieurs jours quand elle fut opérée ; nous n'avons relevé dans la totalité de nos observations que deux autres faits analogues : dans celui de Sieur, il y eut perforation mortelle, son malade, ancien dysentérique, ayant un intestin délabré,

et une occlusion aiguë (obs. 35) ; même cause dans l'observation 18 ; l'auteur croit à une iléo-colite chronique, rien dans l'examen de l'ulcération ne lui en ayant démontré la malignité.

Malgré ces trois faits, la terminaison fatale est en somme une exception ; la maladie qui a évolué d'une façon chronique, donne le temps de régler l'opération et d'intervenir en temps opportun. Sans parler des guérisons spontanées, que l'on est en droit d'espérer, quand on a réussi à poser le diagnostic d'inflammation chronique, on peut porter un pronostic favorable ; il n'y a aucune témérité, croyons-nous, à assurer au malade que l'on parviendra à le débarrasser de son affection ; et cela, par une opération qui ne lui fera pas courir de trop grands risques, avec les moyens dont dispose actuellement la chirurgie ; il faudra bien le pénétrer de cette idée, surtout s'il présente des signes d'obstruction croissante, qu'abandonné à lui-même, s'il a des chances de guérir spontanément, il peut subir une aggravation telle que toute intervention pratiquée d'urgence pourrait ne plus avoir le même effet salutaire. Un intestin, sous le coup d'une occlusion aiguë, traumatisé sans cesse par des masses fécales stagnantes, peut être le siège d'un réchauffement de l'inflammation éteinte, avec toutes ses conséquences.

Les faits de guérison par traitement médical, plaident contre une telle manière de voir ; nous considérons ces malades comme guéris parce que nos moyens cliniques ne nous permettent plus de constater la tumeur : nous ne savons pas si la paroi intestinale a re-

couvré son intégrité dans toutes ses couches ; peut-être que sous la même influence inconnue qui a provoqué la première atteinte des récidives surviendront : où subsiste la cause subsiste l'effet : nous n'irons pas jusqu'à dire, cependant, que tout malade qui aura souffert d'une tumeur inflammatoire, même disparue (autant que nous pouvons le constater) devra être laparotomisé : mais tout sujet qui aura une tumeur compliquée d'obstruction ou de crises d'obstruction assez graves pour légitimer par elles seules l'intervention, ou qui aura seulement une tumeur stationnaire depuis plusieurs mois (avec signes d'obstacle au cours des matières) sera justiciable de l'intervention chirurgicale et justiciable d'elle seule. « L'extirpation, dit M. Machard, est nécessaire car l'évolution amènera les mêmes complications et la même terminaison fatale qu'une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse. » Elle améliore considérablement le pronostic ; *la récidive et la généralisation ne sont en effet pas à craindre.*

TRAITEMENT

C'est précisément la *bénignité du pronostic* qui doit encourager au traitement chirurgical. Nous n'envisagerons pas les suppurations locales (que nous n'avons pas rencontrées, mais qui existent) et nous ne nous occuperons que des lésions tout à fait refroidies.

Il y a deux alternatives à considérer, comme l'a fort bien fait M. Hartmann, en 1904, à la Société de chirurgie : ou bien il y a des symptômes *d'occlusion aiguë, ou il n'y en a pas.*

1° *Quand il y a occlusion*, et ici M. Hartmann est très catégorique : à part les cas où l'affaiblissement considérable l'oblige de recourir à la cocaïne, il fait un anus artificiel avec fixation des deux bouts dans la plaie, après résection de la tumeur ; puis quinze jours après, il ouvre le ventre, pratique une entéro-anastomose latérale.

2° Quand *il n'y a pas d'occlusion,* M. Hartmann fait une opération en un temps pour les tumeurs du cœcum,

en deux temps comme ci-dessus, si la tumeur siège ailleurs.

Qu'il nous suffise de rapporter cette opinion ; notre intention n'est pas de discuter la valeur de tel ou tel procédé ; on le trouvera dans les traités technique destinés à cet effet. Notre but est plus modeste ; nous voulons seulement montrer que la guérison certaine peut s'obtenir et cela de la façon la plus inattendue. Cet avis n'est d'ailleurs pas nouveau, puisque dès 1891, dans la *Semaine médicale,* à propos des indications de l'iléo-colostomie Gross de Nancy citait les affections inflammatoires chroniques car, disait-il, « les matières ne venant plus infecter le foyer pathologique, les phénomènes inflammatoires secondaires devront nécessairement diminuer d'intensité, sinon disparaître. »

« L'*opération radicale est* à priori *satisfaisante,* elle enlève toute la lésion, rétablit le conduit intestinal, répond à l'idéal chirurgical. » Cette méthode a donné 14 succès, parmi lesquels ceux de M. le professeur Segond et de M. Proust.

On peut obtenir un résultat identique à moins de frais, soit par une *opération palliative,* soit par *un traitement médical.*

La *laparotomie exploratrice* a guéri les malades de Phocas et de Lambret, le traitement purement médical, ceux d'Hartmann et de Mayo Robson. Mais les faits sont encore trop peu nombreux pour établir une opinion. Ce qui doit surtout fixer le chirurgien, c'est la tolérance du sujet, la façon dont il réagit ; il ne doit pas perdre de vue que si un traitement minime peut

lui donner le succès, l'occlusion avec toutes ses conséquences est à craindre ; son unique souci doit être de l'éviter.

Il nous reste à dire quelle sorte d'intervention il convient de pratiquer. Nous n'avons pas l'intention de discuter ici la valeur de chacune des opérations possibles en tant qu'opération. Il nous suffira d'indiquer quelle est la ligne de conduite qui paraît préférable selon les cas considérés.

Il va sans dire que toutes les fois que *la résection* pure et simple sera praticable, c'est à elle qu'il faudra avoir recours ; mais après ce que nous avons dit de l'anatomie des lésions (diffusion extrême, adhérences multiples) elle sera rarement indiquée, seulement pour des tumeurs bien circonscrites (cas de M. le professeur Segond, M. Proust).

Dans la majorité des cas, ce n'est pas à l'extirpation primitive que l'on aura recours, mais bien après une opération préliminaire qui deviendra elle-même souvent radicale.

Nous avons à choisir, pour ce faire, entre l'anastomose simple (*iléo-sigmoïdostomie*) et *l'exclusion intestinale*. Nous ne pouvons mieux faire, pour citer les indications de cette dernière, que de rappeler l'article de MM. Terrier et Gosset (*Revue de chirurgie*, 1900). Les auteurs préconisent cette manière de faire quand il y a des adhérences intimes, et de l'envahissement du mésentère. « C'est, disent-ils, quelquefois une opération préliminaire qu'il convient de faire suivre d'une extirpation à une date ultérieure. Il est cependant des cas, où

faite comme pis-aller ou en tant qu'opération préliminaire elle a suffi, à elle seule, à amener une guérison radicale. Nous voulons parler de ces tumeurs inflammatoires de l'intestin, et plus particulièrement du cæcum, qui font penser *a priori* à des carcinomes et qui guérissent parfois complètement sous la seule influence de la mise au repos, grâce à la dérivation intestinale.» Et ils ajoutent que l'exclusion est, à leur avis, supérieure à l'entéro-anastomose, dans laquelle les matières peuvent continuer à traverser le segment malade et même s'y accumuler.

Telles sont les interventions susceptibles d'être faites; qu'il nous suffise de les avoir signalées.

OBSERVATIONS

Observation I

Tumeur inflammatoire du cæcum et du côlon ascendant nécessitant une résection de dix-huit pouces d'intestin. Guérison. (H.-W. VINEBERG. Tr. of the New-York Obstetr. J., 1902. T. XLV, p. 581-582.)

Femme de 27 ans, hystérectomisée en 1898 pour infection puerpérale ; on fit un drainage ; il y eut une éventration dont on fit la cure radicale en 1901 (15 avril). On trouva alors de *solides adhérences de l'épiploon à la cicatrice* ; petite *fistule* consécutive à la partie supérieure de la plaie, avec écoulement séro-sanguin. Guérison facile de cette fistule par avivement et suture.

La malade était encore au lit, quand elle *fit un effort* pour prendre l'urinal dont elle eut besoin en l'absence de l'infirmière ; ce fut la cause d'une douleur violente dans le côté droit; le lendemain on reconnut le long du bord externe du droit, une masse allongée du volume du doigt ; elle était molle et paraissait superficielle. *Température* 100° F.

Sortie le 15 mai avec peu de douleurs.

27 *mai.* — Douleur aiguë, *fièvre*, vomissements.

30 *mai.* — *Température* : 102° F. Pouls : 106. Aucun ballonnement, selles quotidiennes jusque maintenant.

Palpation : masse du volume du poing, sur le bord externe du droit ; elle est fixe, peu définie, et paraît immédiatement au-dessous de la paroi.

Opération. — 30 *mai.* — *Muscles œdémateux* et infiltrés ; écoulement brunâtre, grumeleux avant l'incision du péritoine. *Le côlon et le cæcum* apparaissent recouverts d'*une masse du volume du poing*, qui semble sarcomateuse. Résection, réunion au bouton de Murphy.

Guérison parfaite.

Examen anatomique. — Masse néoplasique, molle, friable cédant sous les doigts, paraissant prendre naissance sur le revêtement péritonéal de l'intestin.

L'examen histologique fut pratiquée par M. le Dr F.-S. Mandlebaum de l'hôpital Sinad qui conclut à une *tumeur inflammatoire.*

La cause de cette tumeur inflammatoire paraît difficile à à déterminer. Deux hypothèses sont possibles :

1° Traumatisme du muscle droit au moment de l'effort fait pour atteindre le vase sous le lit. Il y aurait eu dans le muscle un processus inflammatoire qui se serait étendu par contiguité au péritoine et à l'intestin sous-jacent ;

2° Ou encore la seconde suture aurait provoqué une inflammation qui se serait propagée de la même façon.

Les faits suivants témoignent en faveur de la première hypothèse :

1° Douleur consécutive à l'effort ;

2° Douleur provoquée le lendemain au même endroit;

3° L'endroit où la tumeur fut d'abord perçue (à deux pouces en dehors de la suture et du muscle droit).

Observation II

Invagination. Résection. Entérorraphie circulaire. Guérison. (Czerny (cas 23), 9 *décembre* 1884, *dans thèse de* Baillet. Paris, 1894, obs. 63.).

Homme de 52 ans.

En octobre 1884, crise de vomissements, diarrhée. Un médecin sent une tumeur cylindrique au-dessous du foie.

A son entrée 23 novembre 1884 on sent une tumeur longue de 18 centimètres, large de 6 centimètres; l'axe est transversal, de la crête iliaque droite à la ligne blanche.

Opération. — On trouve : *invagination que l'on réduit.* Le *cæcum* ayant *une tumeur* est *réséqué.*

Examen de la pièce. — La *paroi externe du cæcum présente une induration* comme une noix, au niveau de laquelle le *péritoine est épaissi, cicatriciel et froncé.*

L'examen microscopique indique une *hypertrophie cicatricielle.*

Depuis l'opération le malade s'est toujours bien porté.

Observation III

Rétrécissement cicatriciel. Entérectomie. Guérison. Un an après résection. Entérorraphie. Guérison. (Maydl, 16 mars 1885. Wien. med. Zeitung, 1885. Dr Baillet : Th. de Paris, 1894, obs. 66.)

Femme de 24 ans. Depuis 1882 elle souffrait de diarrhée alternant avec des périodes de constipation ; vomissements et coliques après les repas, *amaigrissement notable.*

Etat actuel. — Le ventre n'est pas ballonné, on sent les mouvements de l'intestin. La malade étant *en position génu-pectorale*, on trouva une *tumeur grosse comme le poing, dure*, allongée, immobile, à surface inégale, située un peu au-dessous du rein.

OPÉRATION. — 31 *janvier* 1884. — Incision sur la ligne axillaire antérieure : après ouverture du péritoine, on trouve une tumeur qui couvrait les 2/3 antérieurs du rein, on ne peut l'en séparer. On trouve en outre *quelques nodules sur le mésentère*. Un anus artificiel fut établi sur une anse d'iléon non éloignée.

Suites : Apyrétiques, la malade eut peu après des *selles abondantes contenant une centaine de grains de raisins* dont elle n'avait pas fait usage depuis plus d'un an.

Le 25 février la plaie fut dilatée avec une éponge ; en introduisant le doigt dans l'intestin, on sentit un rétrécissement admettant à peine le n° 16.

Pendant toute une année la santé resta bonne ; c'est le 16 mars 1885 qu'une nouvelle opération fut faite ; ayant ouvert le péritoine et disséqué les deux extrémités de l'intestin on ferma la fistule par une ligature et on reconnut que la *tumeur* était *située au niveau de l'abouchement de l'iléon dans le gros intestin.* L'intestin grêle était dilaté au double et ses parois étaient épaissies ; le côlon était atrophié. On ferma l'intestin par la pression des doigts et la résection de la portion malade fut faite : quelques gros vaisseaux durent être liés. Comme le calibre de l'intestin grêle était trop grand on réséqua 7 centimètres de l'iléon ; la brèche mésentérique fut suturée à la soie ; enfin on fit la suture de l'intestin ; sur la moitié postérieure on fit d'abord une suture sur la séreuse et sur la musculeuse, puis une suture sur la muqueuse. On fit ensuite la suture du segment

antérieur, et enfin une suture séreuse faisant tout le tour. La plaie fut suturée partiellement et tamponnée à la gaze.

La malade sortit guérie le 4 avril. *L'examen microscopique montra une altération cicatricielle de l'intestin.*

Observation IV

Entérectomie et entérorraphie pour tumeur du côlon ascendant suivies dans la même séance de l'extirpation des annexes de l'utérus. (Le Dentu. Bull. de l'Académie de médecine, 1891. T. 26, p. 160.)

Femme de 32 ans ; elle souffre du bas-ventre depuis six mois. A l'examen on découvre une *tumeur de la partie latérale droite* de l'abdomen, elle est *indépendante de l'utérus et des annexes*. Situation : a deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Volume : un peu moindre que celui d'un rein.

Limites : nettes en bas ; elle se perd en haut sous le bord externe du grand droit.

Surface : bosselée. Pression : *indolore.*

Consistance : ferme. *Tumeur mobilisable en tous sens.*

Utérus : en latéro-flexion gauche.

Annexes : malades des deux côtés et augmentées de volume.

Antécédents. — Un accouchement normal à 19 ans ; depuis, leucorrhée, dysménorrhée, et il y a quatre ans, crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, d'une durée de huit jours. Rien autre à relever qu'une *petite fistule à l'anus* il y a six ans.

Viscères : sains. Urines : normales.

Depuis quinze jours, anorexie, douleurs violentes dans le côté droit.

Masse sacro-lombaire droite moins large que la gauche ; pourtant il n'y avait pas de rein mobile, mais le cæcum (l'opération l'a montré) était descendu.

Amaigrissement depuis quelque temps, teint plombé.

Opération. — Laparotomie médiane : *libération d'adhérences intestinales*, on trouve une masse dure sur la partie moyenne du côlon ascendant. *Résection* du côlon et suture des deux bouts. Ablation des annexes. Suites normales : première selle le sixième jour.

Examen de la pièce. — Longueur : 20 centimètres. Poids : 200 grammes.

Longueur de la partie malade : 9 centimètres ; *épaississement* de toutes les tuniques de l'intestin augmentant son volume, mais diminuant son calibre ; la coupe longitudinale a l'aspect de deux cônes réunis par leur sommet, le point le plus étroit a 1/2 centimètre de diamètre. En amont de la sténose la muqueuse est normale. *En aval il y a une ulcération circonférencielle* de 2 centimètres de longueur entourée de végétations polypeuses ; cette ulcération est peu profonde ; elle est due, semble-t-il, à la stagnation des matières en aval de la sténose. A la coupe le tissu est dur, *s'étend jusqu'à la sous-séreuse*, englobant le musculaire.

Examen histologique. — Pas de néoplasme, seulement *lésion inflammatoire* et hypertrophie des tuniques de l'intestin ; la *muqueuse est conservée partout*, sauf à l'endroit de la sténose où la lame épithéliale manque (il n'y a que des culs-de-sac glandulaires perdus dans les éléments embryonnaires), la *muqueuse est infiltrée d'éléments embryonnaires* (en traînées ou en amas) que l'on retrouve dans la *sous-muqueuse*, la *musculaire* et la *sous-séreuse* ; mais dans aucun de ces amas *il n'y a d'éléments*

bacillaires (ni cellules géantes, ni bacilles, ni dégénérescence centrale). Les ganglions enlevés sont seulement inflammatoires.

CONCLUSION. — Néoplasie inflammatoire.

Observation V

Rétrécissement inflammatoire. Résection. Entérorraphie circulaire. Guérison. (HARTMANN, 18 avril 1893. In thèse de BAILLET, obs. XLIII. Paris, 1894. Revue de gynécologie, 1899, p. 863. Société *Chirurgie*, Paris, 1894, p. 700. Rapport de RICHELOT).

Malade de 32 ans ; elle souffre et perd l'appétit depuis un an ; elle est maigre, sans fièvre, est obligée de se purger souvent et sent elle-même une *tumeur* dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur est allongée verticalement, peu mobile, — volume : quatre doigts ; la tumeur commence à 2 centimètres environ au-dessus de l'arcade crurale, et remonte sur une hauteur de 8 centimètres environ. Situation : en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Consistance : dure. Pression : douloureuse. *Mobile latéralement, immobile dans le sens vertical. — Adhérente* à la fosse iliaque. Rien au toucher vaginal. Urines: normales.

OPÉRATION. — Incision parallèle au bord externe du muscle droit ; l'iléon et le côlon ascendant sont fusionnés en une masse informe adhérente à la fosse iliaque. *Résection.* Entérorraphie. Suture de la paroi en laissant mèche de gaze iodoformée. Suites : bonnes. La mèche est retirée au bout de huit jours. Il y a un petit abcès pariétal et une fistule consécutive qui n'est guérie que sept mois après.

Poids avant opération (18 avril) : 21 kilogrammes.

Poids : 25 juillet : 41 kilogrammes.

L'examen à l'œil nu, l'histologie, la recherche bactériologique démontrent qu'il *n'y a ni cancer, ni tuberculose*, mais seulement des *lésions inflammatoires étrangères* siégeant plus *spécialement dans la sous-muqueuse* et entraînant l'hypertrophie de la couche musculaire.

Observation VI

Extirpation du cæcum. Inflammation chronique. Implantation latérale. Guérison. (Julliard. Revue médicale de la Suisse Romande, 1897, et thèse de Machard, Genève, 1899, obs. 101.)

Homme de 36 ans, grand et de forte constitution. Il éprouve depuis huit mois des élancées dans la fosse iliaque droite qui s'irradient jusque dans la jambe. Ces douleurs qui, au début, étaient supportables, ont augmenté petit à petit au point d'être intolérables et de rendre toute occupation, même la station debout, impossible. Les troubles digestifs sont peu marqués et se bornent à des diarrhées qui durent quelques jours pour disparaître. Le malade *n'a jamais rendu de sang par les selles*.

Je constate dans la fosse iliaque, la présence d'une tumeur grosse comme le poing, de consistance dure, ligneuse, sans bosselures. Cette *tumeur est sensible*, à la palpation elle est très douloureuse.

Elle présente *peu de mobilité* et on sent bien qu'elle *adhère dans la profondeur*. Un diagnostic précis étant impossible, je me décide à faire une incision exploratrice, qui suivant ce que je trouverai, sera transformée en opération complète.

Incision longitudinale des parois abdominales à deux travers

de doigt en dedans du bord interne de la tumeur et qui la dépasse en haut et en bas. Le péritoine ouvert, je constate que la *tumeur occupe le cæcum et le commencement du côlon ascendant*. Elle *adhère* dans la profondeur et ne peut être amenée au dehors. Je fais alors une incision transversale partant du milieu de la première, et allant jusqu'à la crête iliaque. La cavité abdominale étant ainsi largement ouverte par le côté, je procède à l'enlèvement de la tumeur.

Je sectionne entre deux pinces le gros intestin, au-dessous de la partie malade. Je sectionne l'iléon de la même façon au-dessus de la tumeur. Après quoi j'enlève celle-ci avec *une partie de l'épiploon qui renfermait de gros ganglions indurés*. Cette *extirpation* fut très *difficile en raison des adhérences* que le néoplasme avait contractées. J'enlevai ainsi le cæcum avec 10 cent. 1/2 d'intestin grêle au-dessus de la tumeur et 13 centimètres du gros intestin au-dessous. Je fermai ensuite le bout supérieur du gros intestin avec onze sutures, muqueuse contre muqueuse, et treize sutures, séreuse contre séreuse, reconstituant ainsi un cæcum artificiel.

Examen microscopique : La tumeur que je croyais un cancer fut examinée par M. le prof. Zahn. Il s'agissait d'*une inflammation chronique hypertrophique* intéressant le cæcum, une partie du gros et du petit intestin ; ces parties étaient fortement épaissies et indurées ; l'appendice déformé est presque méconnaissable, la valvule iléo-cæcale épaissie, indurée et fortement rétrécie. La partie enlevée mesure 27 centimètres de longueur. Les ganglions enlevés étaient seulement hypertrophiés. Point de cancer.

Suites : Cette opération fut suivie d'une bonne guérison. Elle a été faite le 23 avril 1896. Aujourd'hui une année après, mon

opéré se porte très bien ; et puisqu'il ne s'agit pas d'une affection maligne je le considère comme définitivement guéri.

Observation VII

Perforation intestinale par une arête de poisson. Tumeur inflammatoire. Laparotomie. Guérison. (Boston M. and S. J., 1898, t. 139, p. 489 par Béach.)

Il s'agit d'un homme entré à l'hôpital le 19 décembre 1895. Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Il y a quinze ans, alors qu'il travaillait enfermé, il fut atteint d'un *grand affaiblissement; il toussa* et eut des *hémoptysies.* Depuis qu'il travaille au dehors il se trouve beaucoup mieux.

Il y a cinq jours, sans cause appréciable, il fut pris de frissons au milieu de la nuit. Il ne s'est pas senti mieux depuis, bien qu'il n'ait pas changé son emploi.

Une semaine après cet accident il ressentit une *douleur dans la région iliaque gauche* et eut beaucoup de peine à rester debout. Il était mal à l'aise, présentant les mêmes phénomènes (frissons et douleurs dans la fosse iliaque gauche). Ses douleurs augmentaient quand il retenait ses urines. Il y a trois semaines il remarque d'abord une *tuméfaction de la grosseur du pouce*, qui s'accrut rapidement. Les selles furent quotidiennes jusque il y a trois jours.

Examen. — Homme petit ; rien de spécial dans son aspect général. Langue humide, de bon aspect. Pouls régulier, mais pas bien frappé: 85 à la minute. Respiration : 20. *Température :* 99°6 F. *Rien aux poumons.* Urine : 1.022 : ni sucre, ni albumine. Abdomen non distendu. Dans la région iliaque gauche on *trouve*

une masse, de 6 pouces sur 3, *non adhérente à la paroi, non mobile*, un peu molle : aucune expansion, aucun frémissement. Matité sur toute l'étendue de cette masse.

Un lavement abondant est bien gardé.

L'insufflation du côlon par le rectum ne change pas les caractères de la tumeur. Température rectale normale. Aucun ganglion inguinal. Aucune sensibilité à la pression des crêtes iliaques. *Leucocytose* 16.200. Le patient a un rétrécissement uréthral serré.

24 *décembre*. — Après purgation on obtint des *selles abondantes, liquides, noirâtres, contenant du sang.*

25 *décembre*. — Dilatation du rétrécissement.

26 *décembre*. — *Température :* 99°4 F. La masse s'étend maintenant de la ligne médiane à l'épine iliaque antéro-supérieure et d'une ligne horizontale passant par l'ombilic au ligament de Poupart.

27 *décembre*. — Selles obtenues par un lavement : *pas de sang, légère élévation de température :* 99° à 99°6 F. Pouls normal. Croyant que le développement rapide de la tumeur était *dû à un dépôt inflammatoire*, je décidai une laparotomie exploratrice quoique les apparences de malignité m'aient découragé.

2 *janvier*. — Incision de quatre pouces sur la tumeur ; *adhérences des muscles, du péritoine. La tumeur n'était pas mobile*, et quoique de consistance dure le doigt pouvait être, dans la portion la plus proéminente, enfoncé dans la direction des vaisseaux iliaques. Quand le doigt fut retiré ; quelques gouttes de pus suintèrent, et l'on vit sortir *une arête de poisson* longue de 1 pouce 1/4. Un morceau de la tumeur fut réséqué pour pratiquer un examen microscopique. Mèche de gaz. Suture.

3 *janvier*. — Température 101°.

4 *janvier.* — Température 99°. Aucun trouble du ventre.

5 *janvier* — Température normale, ablation de la mèche.

10 *janvier.* — La masse diminue, la plaie se cicatrise.

18 *janvier.* — Masse dure mais très petite, très peu d'évacuation.

30 *janvier.* — Le malade commence à aller et venir.

2 *février.* — Sortie.

La tumeur continue à diminuer ; un abcès se développe dans le tiers externe du pli inguinal ; il s'ouvrit spontanément et suppura pendant quelques semaines. Cicatrisation. Bonne santé depuis, le malade a repris son métier de maçon ; il n'a conservé qu'une petite cicatrice vestige de l'opération.

Malgré un examen approfondi de l'abdomen, on ne parvient à découvrir aucune induration.

Le Dr Whitneys a examiné la pièce : il a reconnu que le fragment enlevé était *du tissu fibreux simple infiltré de cellules rondes.*

Le corps étranger retiré était une arête de poisson.

Observation VIII

Tumeur inflammatoire du cæcum. Résection. Guérison. (GÉRARD-MARCHANT et DEMOULIN. — Revue de gynécologie, 1899.)

Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans auprès de laquelle le Dr Demoulin fut appelé comme chirurgien de garde le 4 avril 1897 dans le service de notre collègue Bazy à l'hôpital Tenon. Elle présentait *depuis quatre jours des phénomènes abdominaux :* coliques, vomissements avec interruption du cours des matières et des gaz, survenue brusquement sans cause apprécia-

ble. Le chirurgien fut surtout frappé par le facies abdominal grippé de la patiente dont le pouls était à 120 pendant que les extrémités (lobule du nez, langue, mains) étaient refroidies.

Le ventre était uniformément ballonné, mais à un degré modéré, peu douloureux. Dans une cuvette surnageait un vomissement fécaloïde.

Trois diagnostics se présentaient à l'esprit : appendicite, péritonite généralisée, ou occlusion intestinale de siège probablement élevé, en raison du ballonnement modéré du ventre.

Laparotomie médiane ; péritoine sain ; intestins modérément distendus. Le *cæcum* est libre d'adhérences, mais présente *une induration manifeste sur sa face externe :* c'est une saillie déprimée à son centre, simulant un col utérin. L'intestin est dévidé ; mais on ne trouve aucune autre cause d'occlusion. La région de la valvule iléo-cæcale ne présente aucune trace de tumeur. *Appendice* long de 6 à 7 centimètres, *paraissant sain.* Tumeur cæcale : commençant à 1 centimètre du fond du cæcum, longue de 4 centimètres, large de 3 centimètres et demi. Volume : d'une noix verte. Saillie dans la cavité intestinale. Incision de la paroi cæcale : on voit la tumeur formée de deux lobes égaux, séparés par une rainure ; un examen approfondi montre que chaque lobe est formé de plusieurs nodosités : la rainure correspond au bord libre de la valvule iléo-cœcale. *La tumeur*, circonscrite par une incision, *est enlevée.* Suture du cæcum. Durée : une heure. Piqûres d'éther et de caféine. Injection de sérum.

Six mois après : état général excellent.

L'examen histologique de la tumeur mesurant 4 centimètres de longueur, 3 centimètres et demi de largeur, 2 centimètres et demi d'épaisseur (dans la partie qui s'étendait de la face externe du

cæcum vers la valvule) fut fait par MM. Castaigne et Lavillauroy, internes des hôpitaux. Ils firent des coupes qu'ils montrèrent à M. Gombault, l'éminent histologiste, et dans ces coupes on ne reconnut d'autre lésion que celle d'*une inflammation banale* ayant envahi la tunique celluleuse de l'intestin. On crut avoir fait les coupes dans le tissu voisin de la tumeur, on recommença les examens sur d'autres parties de la portion enlevée, et le résultat de l'examen microscopique fut le même. L'examen histologique montra que ce n'était ni un néoplasme, ni de la tuberculose, ni du lymphadénome, mais simplement un épaississement inflammatoire.

Observation IX

Tumeur inflammatoire de l'angle iléo-cæcal. Phénomènes graves d'obstruction. Laparotomie. Mort. (Gérard-Marchant et Demoulin. Revue de gynécologie, 1899.)

Femme de 45 ans, elle a des phénomènes d'obstruction.

Antécédents. — Deux *opérations pour kyste de l'ovaire et ptose rénale.* Laparotomie : Dans la région ombilicale, il y a un *paquet d'anses adhérentes* les unes aux autres, reliées à la colonne vertébrale par un mésentère court, épais, vascularisé. Les anses sont libérées; le cours des matières étant rétabli, on referme le ventre. L'opération était faite par acquit de conscience : le thermomètre marquait 36°, le pouls était faible, les extrémités froides. Urines albumineuses. Décès le soir à sept heures.

Autopsie. — Anses intestinales distendues ; mésentère épaissi. Fin de l'iléon extrêmement dilaté. Côlons affaissés. Cæcum atrophié.

Angle iléo-cæcal enfoncé dans une petite masse de consistance fibreuse à laquelle adhèrent le rectum et le côlon ascendant. La dilatation iléale recouvre l'angle iléo-cæcal. L'examen fait par M. Wintrebert montre que l'iléon est terminé en entonnoir près de la masse, creusée d'un étroit canal, allant de l'iléon au cæcum. Ce canal communique aussi avec : 1° une petite poche située à la partie antérieure de l'angle iléo-cæcal ; 2° une poche cæcale en entonnoir ; 3° la partie inférieure du côlon pelvien.

La poche accidentelle déjà signalée et qui occupe la partie antérieure de l'angle iléo-cæcal, communique elle-même avec l'intestin grêle, le cæcum et le côlon ascendant coudé par en bas.

Au milieu de toutes ces lésions l'appendice était sain.

L'examen histologique a été fait avec la même conscience et je copie la note que m'a remise M. Wintrebert :

Le rétrécissement a été étudié sur des coupes faites perpendiculairement à la direction du canal iléo-cæcal et sur des coupes parallèles à celui-ci ; toutes le montrent constitué en majeure partie et *dans toute l'épaisseur, de faisceaux fibreux entrecroisés* au milieu desquels on remarque des faisceaux musculaires épais et disséminés ; à *la périphérie font apparition des vésicules adipeux* ; tapissant le canal iléo-cæcal, quelques débris de revêtement muqueux sont trop altérés pour qu'on puisse en donner une description ; les faisceaux fibreux se montrent abondants et serrés dans la sous-muqueuse ; on n'aperçoit *aucun vestige de cul-de-sac glandulaire.*

La paroi de l'iléon dilaté est très épaissie ; on note une *hypertrophie* notable de la couche *musculaire*, des dilatations glandulaires existent dans la sous-muqueuse, mais sans prolifération des culs de-sac, pour lesquels les bandes fibreuses sous-

jacentes constituent une barrière non franchie ; quelques vaisseaux sont entourés d'une couronne de leucocytes.

La paroi cæcale présente une multiplicité encore plus grande des cavités kystiques, qui s'étagent en plusieurs couches et dont les parois adossées ne sont séparées par aucun élément ; elles forment des cercles plus ou moins réguliers qui ne communiquent pas entre eux ; les cellules sont cylindriques, il n'existe aucune prolongation de boyaux épithéliaux dans la profondeur où se montre la même surproduction fibreuse.

Le *mésentère, dur, épais, sans ganglions hypertrophiés, est constitué par du tissu scléro-adipeux, nulle part on ne rencont tre de nodules tuberculeux.*

Il est difficile de mettre sur cette lésion une étiquette définiive ; les particularités qu'elle présente sont de caractère néga-tif. Il n'y a aucune raison de la considérer comme tuberculeuse ou syphilitique, et, malgré le grand nombre de dilatations glandulaires, nous ne la croyons pas de nature cancéreuse.

Quoi qu'il en soit, l'envahissement total, particulièrement de a sous-muqueuse, par un tissu de sclérose dense et rétractile, est en faveur d'une lésion purement conjonctive et d'origine inflammatoire chronique ; cet état scléreux marque le stade définitif d'une lésion irritative, sans qu'on puisse préciser la cause réelle qui a localisé l'irritation à cette partie de l'intestin ; la présence de la poche anormale sus-cæcale témoigne de la réalité de ce processus, car elle est bien le reliquat d'un abcès ouvert consécutivement dans les cavités intestinales voisines.

Observation X

Iléo-typhlite hypertrophique ou tumeur inflammatoire de la région iléo-cæcale : ni néoplasme, ni tuberculose. Résection iléo-cæcale. Guérison (Schwartz. Congrès internat. de médecine, 1900. *Section de Chirurgie générale*, p. 693).

Femme de 27 ans. Antécédents personnels : A l'apparition des règles, à 14 ans, douleurs dans le bas-ventre du côté droit ; elles s'accroissent à la suite d'une chute à 19 ans ; la malade perçoit une tumeur du volume d'un œuf qui augmente après la chute, et après le mariage qui eut lieu à 21 ans. Le professeur Tillaux fait une *ovariotomie double* et trouve *un kyste de l'ovaire gauche.* Depuis deux ans, elle n'a plus de règles, mais les douleurs ont reparu. La malade perçoit une tumeur droite, elle souffre de douleurs avec ténesme vésical et miction abondante (urine claire).

Examen. — *Tumeur dure*, irrégulière, bosselée, remplissant la fosse iliaque droite. Son *volume* est celui d'un *gros poing.* Elle est *douloureuse.* Percussion : matité, sauf en bas où il y a un peu de sonorité.

Rein normal. *Toucher vaginal* décèle profondément une *tumeur mobilisable.*

État général médiocre : *amaigrissement* de 17 livres depuis dix-huit mois. *Poumons, cœur, normaux.*

Urines : rien. Digestions irrégulières. Ni diarrhée, *ni melæna.*

Diagnostic. — Récidive ou généralisation de la tumeur opérée. Pronostic : grave.

Opération le 10 mai : laparotomie ; aucune adhérence pariétale. *Intestin grêle et cæcum fusionnés, et adhérents à la fosse*

iliaque. Libération des adhérences. On songe à un néoplasme ou à une tuberculose. *Résection*, anastomose latéro-latérale, drainage. Durée : 1 heure 1/4.

Gaz le 14 mai. Première selle le 16.

Abcès pariétal qui guérit simplement. Sortie par guérison le 26 mai.

Examen. — La tumeur grosse comme le poing est constituée par le cæcum et 10 centimètres d'intestin grêle. La face postérieure du cæcum montre des traces d'adhérences. La section aux ciseaux révèle un tissu très dur. Le cæcum atteint une épaisseur de 2 à 3 centimètres en certains points ; l'*épaississement* porte surtout sur la *tunique musculaire, moins sur la sous-muqueuse et la séreuse.* La *muqueuse* n'est *pas altérée*, n'a *aucune ulcération.*

L'examen histologique fut pratiqué par M. Cornil : *Toutes les couches sont épaissies* ; la *muqueuse bourgeonnante et plissée* a une épaisseur de 5 à 10 millimètres, 5 millimètres pour la couche musculaire transversale et 5 millimètres pour la couche longitudinale ; les *plis* sont *formés par les parties saillantes de la muqueuse.*

Le tissu conjonctif nouveau contient de *nombreuses cellules conjonctives* hypertrophiées et *des leucocytes migrateurs* en assez grand nombre. Les capillaires sont dilatés sans thrombose. Les *follicules clos* de la couche profonde de la muqueuse sont *volumineux* : à leur périphérie on reconnaît quelquefois des sinus remplis de leucocytes ; dans l'intérieur des follicules sont de petites cellules désintégréés comme dans l'inflammation du follicule. La couche musculaire a des îlots inflammatoires.

Nulle part il n'y a de cellules géantes. — Rien de suspect.

En résumé c'est une forme de *typhlite* aboutissant à une

énorme hypertrophie de la musculeuse simulant une tumeur de la région. « L'on peut se demander, maintenant que l'on connaît la nature exacte de la maladie, si celle-ci n'aurait pas rétrocédé spontanément.

Observation XI

Résection de l'intestin pour tumeur diffuse du petit bassin. (Journ. Chir. et Annales de la Société Belge de Chirurgie. Bruxelles, 1901. T. I. page 79-82. Keiffer.)

Femme de 30 ans ; elle a eu un *accouchement il y a dix ans.* Depuis deux ans, elle a à se plaindre de : douleurs, mauvaises digestions, constipation, amaigrissement. A l'examen, on découvre dans le pelvis *une tumeur diffuse* dont on ne peut sentir les limites et qui donne la même sensation que les suppurations pelviennes. Utérus normal. La *menstruation* a toujours été *régulière.* La vessie fonctionne bien, mais ne se laisse pas distendre. On ne trouve, au rectum, qu'un peu d'empâtement dans la portion la plus élevée atteinte par le doigt. Urines : normales. Laparotomie : on voit une *tumeur englobant la vessie*, *l'utérus, les annexes, l'intestin grêle et le colon descendant.* On ne peut se rendre compte de l'organe atteint. La masse était très friable ; on avait isolé une tumeur que l'on croyait salpingienne, quand celle-ci resta dans la main. On reconnut alors que c'était une tumeur de l'intestin dont la lumière apparaissait au centre. Presque tout le côlon descendant pénétrait dans le gâteau néoplasique et le tronçon libéré correspondait à l'S iliaque. On finit en établissant un *anus artificiel.*

Deux ans après, la malade est en excellent état.

Examen de la tumeur. — La section au bistouri, perpendiculaire à l'axe de l'intestin, montre la lumière de l'organe affaissée, les parois muqueuses s'accolant presque.

Examen microscopique (in extenso). — La *muqueuse est saine* dans tous ses détails : la *musculaire* ne présente d'autre altération qu'une *infiltration de globules blancs* en des points isolés.

Ce qui constitue *la véritable néoplasie*, c'est le *tissu conjonctif sous-péritonéal*. Le péritoine n'existe plus : mais nous trouvons à la périphérie de la tunique musculaire une couche énorme de tissu conjonctif représenté par un feutrage de fibrilles et de cellules conjonctives très serrées. Ce *tissu subit une modification qui le transforme en tissu adipeux* sans qu'on puisse dire qu'il s'agisse là d'une dégénérescence graisseuse. Cette modification n'en a aucun des caractères. Le passage du tissu conjonctif au tissu graisseux est relativement brusque et la transition ne se manifeste que par une réfringence progressive du tissu, une dissociation des mailles de fibrine et enfin par des cellules de graisse de plus en plus volumineuses.

C'est une *adipose excessive du tissu conjonctif sous-péritonéal précédée d'une hypertrophie conjonctive considérable*.

Il est vraisemblable que le processus a eu pour *point de départ le tissu sous-péritonéal du côlon descendant*, et qu'il s'est propagé à tout le péritoine pelvien : de là la sensation de tumeur en gâteau de tout l'hypogastre ; de là aussi la possibilité de la guérison dès que l'intestin, siège primitif de la lésion, n'a plus reçu l'apport journalier et que les évacuations régulières ont amélioré le chimisme de la digestion

Observation XII

Note sur un cas de pseudo-appendicite. Tumeur fibreuse développée autour d'une soie, sur la fin de l'iléon, après une opération d'appendicite aiguë. (SCHWARTZ. Société de Chirurgie, 1902, p. 377.)

Malade de 20 ans ; infirmière, réglée régulièrement. Aucune fausse couche. Angine diphtérique à 18 ans. Pendant la convalescence, éruption pustuleuse ou eczémateuse. Quelquefois crises douloureuses, avec vomissements bilieux ou alimentaires, revenant à intervalles de deux à six mois..

En septembre 1900, *appendicectomie.* L'opération parait n'avoir pas été simple (eau de Vichy seulement pendant six jours, premier lavement le dixième jour). Sortie par guérison au bout de 2 mois. Deux mois plus tard, nausées, et douleurs dans le côté droit du ventre. En avril 1901, elle se découvre une *éventration qu'elle fait opérer en septembre à Broca.* En novembre : nausées, vomissements, constipation. Fin novembre poussée aiguë (*douleurs, vomissements,* point de Mac Burney). Guérison par application de glace. 8 février : laparotomie, aucune adhérence entre cæcum, paroi et épiploon. Moignon appendiculaire à la face interne du cæcum : il est recouvert de péritoine lisse, ressemble à un mamelon, de 6 à 7 millimètres de hauteur.

Sur le *cæcum et l'intestin grêle voisin*, on trouve de *petites plaques de fibrine, vélamenteuses, molles*, indiquant une inflammation récente. *Sur le bord libre de l'intestin grêle* à 5 ou 6 centimètres de l'angle iléo-cæcal, il y a *une petite tumeur régulière*, dure, blanc rosé, insérée sur l'intestin par un pédicule large. *Nombreuses plaques de fibrine non organisées sur*

l'intestin. Ablation de la tumeur. Drain. Suites simples. Fils enlevés le onzième jour : la malade se lève le vingt et unième jour.

L'examen de la pièce enlevée, fait par M. le professeur Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un *fibrome inflammatoire à dégénérescence graisseuse centrale*. Des examens répétés ont montré qu'au centre du foyer de dégénérescence se trouve un fil, qui est très probablement un fil de soie.

Il s'agit donc, dans notre observation d'un fibrome inflammatoire simulant absolument, au point de vue clinique, l'appendicite chronique à rechute, et développé autour d'un fil, reliquat d'une intervention antérieure.

N. B. — L'observation rapporte que dans une crise le 25 janvier il y eut : douleurs dans la fosse iliaque droite, vomissements, constipation. Pouls rapide, température normale. Point douloureux, un peu au-dessus du point de Mac Burney. Après amélioration par la glace on sent une petite masse, sensible, à la partie supérieure de la cicatrice.

Observation XIII

Tumeur cæcale et de la paroi abdominale. (MM. Ombrédanne, chirurgien des hôpitaux, et A. Martin, interne des hôpitaux. *Société Anatomique*, novembre 1903, p. 815.)

La malade, âgée de 32 ans, présentait une tumeur en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette tumeur semblait mobile. Sonorité normale. Rien autre à noter qu'une légère

constipation depuis trois mois. La *tumeur est plus nette quand la malade s'assied.*

Opération. — Les *fibres* charnues du *grand oblique* sont *saines*. Les *deux plans musculaires sous-jacents* sont *pris*. L'*intestin* est *adhérent* sur l'étendue d'une pièce de 5 francs ; quelques brides fibreuses reliant la tumeur sont sectionnées. La *tumeur* est implantée *sur le côlon ascendant* à 12 ou 15 centimètres au-dessus du fond du cæcum qui est dilaté, tandis qu'au-dessus le côlon est normal. Résection du cæcum et d'une partie du côlon ascendant et de l'iléon. Drains dans l'angle inférieur de la plaie. Suites normales.

L'examen de la tumeur est pratiqué par M. R. Duval, interne des hôpitaux. Il a fait des dissociations du tissu néoformé après action de l'alcool à 1/3. Des coupes de la néoplasie et des coupes du gros intestin au-dessus de celle-ci ont été faites après fixation dans l'iodo-chlorure de mercure.

Dissociations. — Dans les dissociations de fragments pris dans l'épaisseur de la néoplasie, on trouve une *grande quantité de cellules conjonctives et de faisceaux fibreux.* Ce qui domine, ce sont de beaucoup les grandes cellules conjonctives fusiformes.

Les cellules plates sont beaucoup moins nombreuses.

Coupes de la néoplasie. — Des coupes sagittales ont été faites parallèlement au grand axe de la néoplasie, en allant de la surface de la néoplasie vers la lumière de l'intestin.

La *néoplasie, mal limitée,* et se continuant insensiblement avec les tissus voisins, apparaît *constituée uniquement par d'épaisses bandes de tissu conjonctif.*

En dehors, à la périphérie de la néoplasie, les bandes de tissu conjonctif arrivent au contact du muscle transverse de

l'abdomen dont on reconnaît les fibres musculaires striées. Le *muscle est envahi* par les bandes de tissu conjonctif qui dissocient et qui étouffent les faisceaux musculaires.

En dedans, le tissu de sclérose, qui constitue la néoplasie, *arrive jusqu'à la sous-muqueuse* du cæcum, mais la *muqueuse proprement dite* ainsi que la *muscularis mucosæ* sont *respectées*.

La néoplasie semble constituée essentiellement par une néoformation conjonctive considérable, ayant fusionné en un seul bloc, plus ou moins fibreux selon les endroits, tous les plans normalement compris depuis la sous-muqueuse du cæcum jusqu'aux muscles de la paroi antérieure de l'abdomen.

La couche musculaire de l'intestin a été détruite en grande partie, on ne retrouve plus aucune trace de péritoine.

Structure de la néoplasie : le tissu de la néoplasie est essentiellement constituée par des bandes de tissu conjonctif entrecroisées en tous sens et fusionnées les unes avec les autres. Mais ces bandes de tissu conjonctif sont variables comme aspect et comme ancienneté.

Les bandes de tissu conjonctif jeunes sont constituées par de grandes cellules fusiformes ; mais outre ces grandes cellules fusiformes, il y a de nombreuses fibres conjonctives disséminées et non réunies en faisceaux. Cellules fusiformes et fibres conjonctives sont disposées en larges travées entrecroisées.

La proportion des fibres et des cellules conjonctives varie suivant les points considérés.

Dans les parties les plus jeunes l'abondance des cellules fusiformes l'emporte sur les fibres. Parmi les cellules conjonctives ce sont les grandes cellules fusiformes qui sont de beaucoup les plus nombreuses. On ne note guère de cellules plates ou étoilées.

Dans d'autres points les fibres conjonctives sont les plus nombreuses. Elles se disposent en faisceaux onduleux semés çà et là de noyaux qui sont ceux des grandes cellules fusiformes.

D'autres bandes de sclérose ancienne sont presque uniquement constituées par du tissu fibreux adulte et on ne retrouve plus que quelques rares noyaux.

Vaisseaux de la néoplasie : dans les parties constituées par du tissu conjonctif jeune, il y a de nombreux capillaires sanguins. Ces capillaires ont partout des parois nettes et un endothélium bien distinct.

Dans les bandes de sclérose ancienne il n'y a presque pas de vaisseaux.

Quelques petits paquets vasculo-nerveux ont été englobés par les bandes de sclérose, les vaisseaux et les nerfs ne semblent pas altérés ; cependant il y a une infiltration lymphoïde autour des veines.

Examen *du cæcum* au niveau de la néoplasie : la *tunique séreuse a disparu* et rien n'en indique la trace.

La tunique *musculaire est dissociée* par le tissu de sclérose. Par endroits elle a complètement disparu et à ce niveau le tissu de la néoplasie se continue insensiblement avec la cellulaire.

Sous-muqueuse. — Par endroits elle se retrouve mais *altérée et dissociée* et on ne reconnaît pas ses deux couches distinctes comme à l'état normal. Néanmoins on peut constater que ce sont les fibres les plus externes qui sont les premières envahies par la néoplasie.

La couche *cellulaire sous-muqueuse est un peu plus vascularisée au niveau de la néoplasie* que dans le reste du cæcum.

La *muscularis mucosæ* est *conservée* et *normale.* Par place elle est *effondrée par de volumineux follicules clos.*

La muqueuse a son *épithélium* en partie *desquamé* au niveau de la portion de néoplasie saillante dans l'intestin.

Les *glandes* sont *normales*.

Les *follicules clos* sont plus *nombreux* et plus *volumineux* au niveau de cette même portion et *quelques-uns* sont *abcédés*.

État du cæcum au-dessus de la néoplasie : Sur les coupes on ne constate rien de particulier et le cæcum paraît normal.

Conclusion. — *Inflammation* chronique dont on ne peut préciser ni la nature ni le point de départ.

Observation XIV

Tumeur inflammatoire, para-intestinale de l'angle gauche du côlon. Résection. Guérison (Proust. Société de Chirurgie, 30 oct. Rapport de Lejars, 20 nov. 1907.)

Il s'agissait d'une femme de 32 ans, dont les antécédents ne présentaient rien de particulier, qui avait en deux grossesses normales et une fausse couche de deux mois, et qui avait commencé à souffrir du ventre en juillet 1905 ; on ne sait rien de très précis sur cette première période ; mais en *septembre* 1905, une laparotomie était faite, dans un des services de l'hôpital Saint-Antoine, et *les deux ovaires furent enlevés*.

Ce fut le début d'une longue série de complications qui ne devaient finir qu'un an après, par l'opération de M. Proust. La malade avait quitté l'hôpital avec une plaie incomplètement cicatrisée : deux mois plus tard, en décembre, au cours d'un *éternuement*, la *paroi se rompt* au niveau d'un point non encore réuni, un peu *d'épiploon prolabe au dehors*. Ramenée à l'hôpital avec un *début de péritonite*, la malade subit une *nouvelle opération*, et la paroi réparée guérit en trois semaines. Nouvelle

sortie. Mais, depuis lors, des *douleurs lancinantes* ne cessent de se faire sentir surtout dans le flanc gauche : à ce niveau, une grosseur paraît, du volume d'une noix d'abord, et qui s'accroît de plus en plus, il y a de *la fièvre* (*jusqu'à* 40 *degrés*). Après un stade d'accalmie, les douleurs reprennent et, en mai 1906, la malade entrait à l'hôpital Broca : on constatait alors du *côté gauche* du ventre, *une tumeur manifeste*, qu'on pouvait saisir entre les deux mains.

La *troisième laparotomie* est pratiquée le 2 juin 1906, par M. le professeur Pozzi : le ventre ouvert, on découvre que la *tumeur du flanc gauche est constituée par l'épiploon adhérent :* on le décolle et le résèque, après ligature.

Le 7 juillet, l'opérée rentre chez elle ; le 17, elle revenait : elle souffre toujours du côté gauche, elle a eu de la fièvre : « à la palpation, on sent un gâteau très dur, assez superficiel, dans le flanc gauche, plus profond à mesure qu'on se rapproche de la fosse iliaque. Il s'étend à droite, un peu au delà de l'ombilic, en bas, jusqu'à une ligne horizontale partant de l'épine iliaque antéro-inférieure. Il semble que, dans sa partie inférieure, cette masse soit globuleuse. »

Ce fut dans ces conditions que M. Proust intervint de nouveau, le 3 août (c'était la quatrième laparotomie). Il incisa sur le bord externe du droit. « A l'exploration de l'abdomen, on rencontre au niveau de l'*angle gauche du côlon*, *une masse du volume d'une grosse noix*, *dure*, et au contact de l'intestin, qu'on tâche d'extérioriser. A ce niveau sont de *nombreuses adhérences intestinales*. Après les avoir libérées, on constate que la *tuméfaction* est située *dans l'épaisseur du mésocôlon transverse* et complètement *adhérente au côlon*, dont elle réduit la lumière.

Macroscopiquement, il est difficile de dire s'il s'agit d'une infil-

ration tuberculeuse ou néoplasique. On pratique la résection sur une étendue de 10 centimètres environ, et on fait l'anastomose en canon de fusil.

La malade guérit simplement et sort le 1er septembre. Elle a été revue treize mois après la dernière opération ; elle ne souffre plus et se plaint seulement d'une volumineuse éventration médiane.

A l'examen de la pièce, on constate que l'intestin est de calibre normal, sauf en un point où un éperon saillant le rétrécit des deux tiers environ ; cet éperon correspond exactement à une tumeur, grosse comme une noix, développée au contact des tuniques intestinales, au point où l'épiploon se fusionne avec le mésocôlon transverse. Sur une coupe, cette tumeur, d'un gris rosé, assez nettement limitée, vient au contact immédiat de la paroi intestinale sensiblement épaissie à ce niveau, mais elle ne se fusionne pas avec elle.

L'*analyse histologique* a montré que les lésions de la paroi intestinale, épaissie, au niveau de l'éperon saillant dans la cavité, sont constituées par de l'*inflammation ancienne* et de la *sclérose, sans aucune trace d'un processus néoplasique quelconque* ; quant à la *tumeur*, elle est *formée de tissu scléreux*, très vasculaire, *englobant des lobules adipeux disséminés* : ce tissu est le siège d'une inflammation extrêmement marquée ; il est riche en vaisseaux dilatés, gorgés de sang et criblés de leucocytes, en majorité des polynucléaires ; on ne trouve, d'ailleurs ni cellules géantes, ni bacilles, ni rien qui rappelle la tuberculose ; il s'agit, en somme, d'une tumeur para-intestinale, qui ressemble absolument à un noyau d'épiploïte.

Observation XV

Tumeur inflammatoire de l'intestin grêle. Résection. Guérison. (Observation due à la bienveillante obligeance de M. le professeur Segond. *Inédite.*)

Il s'agit d'une femme de 40 ans. Elle a subi plusieurs opérations abdominales. En 1895 à Baudelocque M. le professeur Segond lui a enlevé un *kyste de l'ovaire.*

En 1905 on constate une *récidive* ; la guérison est obtenue par l'ablation d'un kyste de l'ovaire droit. A partir de cette époque, la malade a été continuellement incommodée jusqu'à la dernière intervention. Après la seconde laparotomie (31 mars 1905), la cicatrisation de la plaie ne fut pas totale, et la malade conserva une *fistule* à l'angle inférieur. On en pratiqua la cure radicale le 25 novembre 1905. Un stylet fut introduit dans la fistule, et le ventre ouvert par une incision qui en contournait les bords. On ouvrit le cylindre, ainsi isolé, par une incision longitudinale et au fond de la cavité on trouva *une soie.* Fermeture de la paroi en un plan au fil d'argent.

En 1907 la malade revue conservait dans le petit bassin du côté gauche, une masse dure, excessivement *adhérente.* On porte le diagnostic de *masse inflammatoire.* La laparotomie est faite le 23 mars, on trouve la masse sentie, englobant un anse grêle qui faisait absolument corps avec elle ; la tumeur ellemême était très adhérente. La portion d'intestin qu'elle entoure est réséquée avec elle. Ensuite, on réunit en partie les deux bouts de grêle pour faire un éperon et on les abouche à la paroi en canon de fusil avec un drain dans chaque bout. Les suites furent bonnes.

L'examen anatomique, pratiqué par M. Renaud, chef de laboratoire, donna lieu aux constatations suivantes :

« La portion d'intestin réséquée est entourée par une gangue de tissu épaisse de 2 centimètres, et qui l'enserre complètement. Ce tissu est mou et *graisseux.*

On ne se rend bien compte, que sur des coupes, de la constitution de cette tumeur. Au centre, apparaît la lumière de l'intestin très étroite, d'un diamètre d'environ 1 cm. 5. Elle est limitée par la paroi intestinale dont la muqueuse paraît plissée.

Autour de la paroi intestinale, blanc rosé, et facilement reconnaissable on voit *une épaisse couche de tissu blanchâtre et dense*, noyé lui-même dans une gangue de tissu *cellulo-adipeux* au milieu duquel il *envoie des traînées qui le sillonnent et le divisent en tous sens.*

Macroscopiquement il est déjà manifeste qu'on se trouve en présence d'un tissu de nouvelle formation qui a *pris naissance et s'est développé autour de l'intestin*, l'enserrant et rétrécissant sa lumière.

L'examen des coupes microscopiques confirme cette conception.

Sur les coupes, *la paroi intestinale ne paraît avoir subi aucune modification*, *ni dans sa muqueuse*, *ni dans sa tunique musculaire interne.* Les *cellules épithéliales*, *les glandes se présentent avec leur aspect normal.* Le tissu lymphoïde ne semble avoir subi aucune modification.

Dans la *tunique musculaire externe commence à paraître le tissu pathologique* sous forme de petites traînées de cellules rondes qui dissocient et séparent les cellules musculaires.

Insensiblement la paroi intestinale se continue avec le tissu néoformé. Celui-ci au contact de la paroi musculaire se présente

sous l'aspect d'un *tissu inflammatoire*. Il est constitué par *du tissu conjonctif jeune, fait de fibres et de nombreuses cellules*, parcouru par des *vaisseaux à large lumière* et à paroi épaisse. Dans tout ce tissu on voit par places des *cellules rondes groupées en traînées* entre les fibres conjonctives, ou *en amas* formant de véritables nodules embryonnaires.

A la périphérie le tissu est plus lâche, moins fibreux et se continue insensiblement avec du tissu cellulaire lâche, enfermant dans ses mailles de grosses masses adipeuses. C'est au milieu de ce tissu cellulo-adipeux que s'étendent des travées de tissu conjonctif dense, avec des vaisseaux, et des traînées en des amas de cellules rondes.

Le diagnostic anatomique est très simple. Il s'agit manifestement de tissu conjonctif néoformé par *inflammation de la tunique péritonéale de l'intestin*.

Cette inflammation a tous les caractères d'une inflammation banale en train d'édifier un tissu conjonctif de cicatrice.

Le point de départ de l'inflammation ne saurait être établi par le simple examen anatomique. Tout au plus peut-on penser, étant donnée l'intégrité de la paroi intestinale, qu'il ne s'agit pas d'une inflammation propagée de la muqueuse intestinale. »

Observation XVI

Tumeur inflammatoire du cæcum. Exclusion ouverte du cæcum. Résection secondaire. Guérison. (Hochenegg. Wien. klin. Woch., 1891, n° 53, p. 995-998 et 1895, p. 287. Trad. dans article de Terrier et Gosset : *Exclusion de l'intestin*. Revue de chirurgie, 1900, t. 2, p. 739, obs. II.)

Homme de 35 ans, dont la maladie a débuté, il y a un an, par des vomissements, de la diarrhée, de fortes douleurs abdo-

minales et *de la fièvre*. Depuis, douleurs dans la fosse iliaque droite, et constipation. Six semaines avant d'entrer à l'hôpital, périostite du maxillaire gauche avec fièvre et phénomènes abdominaux. Ventre gros : appétit disparu ; constipation et douleurs. Entré à l'hôpital le 23 mars 1891. Examen : Poumons et cœur normaux. Rate et foie non augmentés. Abdomen : légèrement météorisé, et dans la région iléo-cæcale, tumeur bosselée, cylindre, du volume d'un œuf de poule, *très peu mobile*, sensible. Matité. *Selles normales, sans mucus, ni sang.*

Deux injections de tuberculine, pratiquées dans la clinique du professeur Kohler, n'ont provoqué aucune *réaction*.

Le diagnostic était hésitant ; on penchait plutôt pour une *tumeur maligne*. A la suite d'une faute de régime il y eut des douleurs et de *la fièvre*. Transféré dans le service du professeur Albert, on le laparotomise après quatorze jours d'observation. Opération le 28 mai 1891 : on trouve une tumeur englobant le cæcum, l'iléon, la partie inférieure du côlon ascendant, *inextirpable par suite de ses adhérences*. On fait une *exclusion ouverte du cæcum*. Suites simples : Gaz par l'anus le troisième jour et, à partir de ce moment selle quotidienne. Lavage de la portion exclue avec un liquide indifférent.

Le malade quitte l'hôpital le 29 juin 1891 en excellent état.

En septembre. — La tumeur qui a diminué, est devenue insensible. Le malade a engraissé de 6 kilogrammes.

4 *décembre.* — La tumeur a encore diminué, et elle est deve nue parfaitement mobile. Le malade refuse alors l'extirpation qui paraît facilement praticable.

8 *juillet* 1892. — Le malade écrit qu'il a des évacuations fécales par ses fistules, évacuations suivies d'écoulement muco-purulent.

En janvier 1893. — Il rentre à l'hôpital : il a maigri de 6 kilogrammes. Pendant trois mois on le remonte. On avait essayé, pour diminuer la sécrétion des fistules, des injections de glycérine iodoformée : mais il eut des coliques, vomissements, diarrhée, et de l'iodoforme dans ses selles (ce qui dénotait une *communication intestinale*).

12 *mars* 1893. — Opération. On trouve des adhérences épiploïques ; on les détruit et on trouve une soudure entre l'iléocæcum et une anse grêle. L'anse exclue a la forme et le volume d'une figue fraîche.

On sépare l'iléo-cæcum du grêle et on résèque 20 centimètres de ce dernier. Suites simples.

Sortie par guérison un mois plus tard.

Observation XVII

Obstruction intestinale causée par une tumeur. Iléostomie. Disparition de la tumeur. Entérorraphie. Guérison. (The Lancet, 1891, p. 646. A. Greig Smith.)

Lionel L... 25 ans, garçon de magasin, entra à l'hôpital royal de Bristol le 1er juin 1889. Il a souffert déjà de plusieurs crises douloureuses avec vomissements (les douleurs siégeant à l'hypogastre).

A l'entrée : on lui trouve un aspect chétif ; son pouls est de 100. *Sa température de* 99° *F.* ; *l'abdomen est distendu*. Résonance tympanique à peu près généralisée sauf au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure où l'on sent une *masse dure* que l'on ne peut exactement délimiter à cause de la distension. Cette masse est également sentie au toucher rectal.

A noter que le malade a déjà remarqué dans *ses selles des matières glaireuses et blanchâtres.*

Du 2 au 5 juin la température se maintenant entre 98° *et* 99° *F.*, et le malade ayant eu plusieurs crises de douleurs et de vomissements, une intervention fut décidée pour remédier à l'aggravation survenue le 5 juin.

Laparotomie : A l'ouverture de l'abdomen on trouve du côté gauche une tumeur du volume d'une noix de coco allant du bassin à l'ombilic; à cette tumeur adhérait plusieurs anses grêles. *La tumeur elle-même était solidement fixée* ; *une ponction aspiratrice pratiquée sans résultat prouve sa nature solide.* On fixe l'intestin à la plaie pariétale et on l'ouvre quelques jours après.

Les suites furent bonnes ; cinq à six jours après, pourtant il y eut par l'anus artificiel une évacuation fécale riche en pigments biliaires. Quand le malade sortit de l'hôpital il conservait une fistule stercorale. Plusieurs crises d'obstruction, légères et passagères, se terminaient par un accroissement momentané également de l'écoulement fécal par la fistule.

L'amélioration progressive continua : le poids du malade s'accrut, son état général était excellent, si ce n'était sa fistule qui le gênait un peu.

Revu *en août* 1890 *sa tumeur avait disparu ou tout au moins la palpation était impuissante à la découvrir.* — Il rentre à l'hôpital pour se faire débarrasser de ses fistules dont la fermeture fut obtenue en décembre 1890, c'est-à-dire plus d'un an après la première intervention.

M. A. Greig Smith tenait la tumeur pour un sarcome. Ce fut d'ailleurs l'avis de ses collègues qui la virent. Le pronostic grave avait été communiqué à la famille du patient. Cette erreur de

diagnostic fut cause de l'abstention du chirurgien qui aurait pratiqué une intervention plus complète s'il avait soupçonné la nature bénigne de l'affection. Le malade n'eut pas à s'en plaindre, puisque avec de moindres risques opératoires le même résultat lui fut acquis.

Observation XVIII

Iléo-colostomie après un anus contre nature. (Keen. Annals of Surgery, 1893, vol. 17, p. 652.)

Femme de 53 ans ; elle souffre, depuis seize mois, de douleurs localisées à l'hypocondre droit, et accompagnées de vomissements. *Jamais de sang dans les selles.*

Examen : abdomen modérément distendu, péristaltisme marqué. Dans la fosse iliaque droite, on sent se développer une tumeur accompagnée de douleurs, le tout disparaissant, à ce qu'on pensait, après le passage de gaz à travers la valvule iléo-cæcale. On ne sentait aucune tumeur solide.

Constipation, amaigrissement, cachexie.

Devant la gravité croissante, on décide une opération. Laparotomie : Intestin distendu, vascularisé ; on ponctionne l'iléon et une fois l'affaissement obtenu on trouve *plusieurs petites masses cancéreuses* (?) dans le côlon, juste *au-dessus de la valvule*, et *une autre dure et large* à la condure hépatique. On ne peut extirper les masses senties. On termine par un anus artificiel.

Suites bonnes.

Un mois plus tard on fait la cure radicale de l'anus. *Les petites masses de la valvule iléo-cæcale ne sont pas retrouvées ;* c'étaient probablement des scybales. *La masse de l'angle hépa-*

tique existe toujours, *immobilisée.* Iléo-colostomie. Suites d'abord régulières ; puis mort brusque de la malade sans que rien puisse être tenté pour la sauver.

Autopsie : Péritonite généralisée. *Nombreuses adhérences anciennes et épaisses autour du côlon* ascendant. L'anastomose est parfaite.

Sur la bande longitudinale antérieure du côlon, au niveau de la valvule iléo-cæcale il y a *une perforation, responsable de la péritonite mortelle.*

Parois de l'iléon, du côlon et du cæcum épaissies. Dans le cæcum, morceau de silice long d'un quart de pouce. *Appendice normal*, sans adhérences.

L'examen microscopique fut pratiqué par le Dr Braden Kyle qui soumit les pièces aux professeurs Longstreth et Coplin qui comfirmèrent son opinion. On fit des sections de la pièce; on ne trouva rien qui pût affirmer la nature maligne de l'affection. Les tissus étaient atteints *d'inflammation chronique*, quelque peu ramollis; le processus *englobant toutes les couches de l'intestin* n'avait aucune structure définie. Les cellules, embryonnaires il est vrai, ressemblaient à des cellules de tissu conjonctif embryonnaire de sarcome; mais de leur aspect, on conclut que c'étaient seulement *des cellules indifférentes d'origine inflammatoire.*

Observation XIX

Tumeur inflammatoire du cæcum avec invagination de l'iléon, Exclusion avec occlusion totale. Guérison. (V. Baracz. Cent. f. Chir., 1894, n° 27, p. 623. Trad. in Terrier et Gosset. *Revue de Chirurgie*, 1900. T. 2, obs. X, p. 747.)

Homme de 19 ans; il eut en juillet 1892 des douleurs dans le côté droit du ventre, et des vomissements. Depuis il eut plu-

sieurs crises semblables; les vomissements étaient fréquents et la diarrhée opiniâtre. En décembre 1892 il constata une *tumeur* dans la partie latérale droite et inférieure de l'abdomen.

Examen 5 *août* 1893. — Sur le milieu de la ligne ombilico-spinale, on trouve une tumeur dure, lisse, du volume d'un œuf de poule, douloureuse, mobile verticalement, mais peu latéralement. Elle devint plus appréciable après l'administration d'huile de ricin. On fait le diagnostic de tumeur maligne du cæcum.

OPÉRATION 13 *août* 1893. — La tumeur siège sur le cæcum, et l'iléon est invaginé dans le cæcum, auquel il adhère. *La résection*, entreprise, *fut impossible à cause des adhérences.* On se décide à faire l'exclusion avec occlusion totale. Guérison qui se maintient onze mois plus tard.

Observation XX

Tumeur inflammatoire du cæcum. Opération. Guérison. (BOIFFIN, obs. XXI *in* th. de DIET, Paris, 1895 et GÉRARD-MARCHANT ET DEMOULIN. *Revue de Gynécologie*, 1899, p. 863.)

Femme de 26 ans. Sans antécédents. Malade depuis 1887. Entrée dans une maison de santé en juillet 1893.

Début par douleurs épigastriques durant de plusieurs heures à quelques jours, et terminées par d'abondants vomissements. On fait successivement les diagnostics de : *gastralgie, coliques hépatiques ;* mais les traitements sont inefficaces.

Le 3 mai 1893, après une longue course, violentes douleurs ; le 11 mai on croit à la péritonite. On cesse les purgatifs répétés et on donne des calmants. Le palper étant devenu plus facile on sent une tumeur iliaque droite et l'on diagnostique : *appendicite ayant déterminé une collection péricæcale.*

Opération 18 juillet. — On trouve masse dure du volume du poing. Trois ponctions sont sans résultat. La section au bistouri montre du tissu lardacé avec au centre un peu de magma caséeux. Drain. Suites bonnes ; léger écoulement purulent par le drain. Ablation du drain *le treizième jour*. On trouve *alors matières fécales* dans le pansement.

Une tentative de fermeture de la fistule en août ramène les mêmes accidents qu'au début.

Au commencement de 1894, les douleurs, les borborygmes, le ballonnement, la tuméfaction persistant, on entreprend une seconde intervention.

Laparotomie. — Intestin grêle terminé au milieu d'*adhérences* et de soudures dans le cæcum ; côlon ascendant petit et serré. Tumeur adhérente à fosse iliaque. On anastomose l'iléon au côlon transverse, *la résection étant impossible*.

Suites normales : tous les phénomènes ont disparu. La fistulette primitive donne seule encore un peu de pus.

Observation XXI

Tumeur cæcale suite de pérityphlite. Exclusion. Guérison.
(Beer. Munch. med. Wochensch., 1895, p. 1197.)

Après pérityphlite récidivée, signes de sténose intestinale : douleurs abdominales par crise. Suppression des selles et des gaz, accompagnée de coliques. Borborygmes, accès terminé par l'évacuation de gaz en abondance. *Au palper on sent une résistance* dans la fosse iliaque droite.

Laparotomie. — *Masse calleuse* englobant le cæcum. *L'épiploon adhère* à cette masse, on le libère. *Exclusion*. Entéro-anastomose. Guérison.

Observation XXII

Tumeur cæcale suite de pérityphlite. Exclusion. Guérison. (Beer. Münch. med. Wochensch., 1897, p. 1127.)

Il s'agit d'un sujet atteint de pérityphlite après son service militaire. Accès douloureux. Signes de sténose intestinale chronique. Amaigrissement. *Aspect cachectique.* On *sent tumeur dans la région iléo cæcale.* Opération : on trouve une *tumeur* dure, calleuse, *adhérente*, englobant le cæcum et une partie du côlon ascendant. Iléon dilaté. Côlon affaissé. Anastomose iléo-colique. *Exclusion de la partie malade* et fistulisation du côlon. Suites normales. Le malade se remonta rapidement, au point que, la fistule le gênant peu par sa sécrétion, il refuse une opération complémentaire.

Observation XXIII

Tumeur inflammatoire suite de pérityphlite. Exclusion. Guérison. (Lührs, in Münch. med. Wochensch., 18 août 1896. Cas 3 de V. Eiselsberg.)

Chez une jeune fille de 15 ans secondairement à une typhlite et à une pérityphlite récidivée s'était développée dans la région cæcale *une tumeur inflammatoire avec fistule cæcale à trajet calleux.* La malade s'affaiblissait et seule une intervention pouvait la soulager. A l'ouverture du ventre toute la région cæcale apparaît transformée en une masse dure, calleuse, dans laquelle aboutissait une anse grêle et le côlon ascendant. *Cette masse était tellement adhérente à la paroi abdominale et à la fosse*

iliaque qu'il était impossible de la réséquer. Aussi pratiqua-t-on l'*exclusion* de la partie malade, une partie voisine de l'iléon et du côlon ascendant. Les extrémités des parties exclues furent fermées ; un écoulement par la fistule était à craindre. Les parties réséquées furent réunies par entérorraphie. La plaie cutanée fermée sauf une petite partie. La guérison suivie. La sécrétion de la fistule dura quatre semaines. Puis elle diminua graduellement et l'orifice se cicatrisa.

Observation XXIV

Tumeur cæcale suite de pérityphlite. Exclusion. Guérison. (Cas 14 d'Art. de Lührs in Münch. med. Wochensch., 18 août 1896.)

Après une pérityphlite récidivante, signes de sténose et accès de coliques. *Résistance dans la région iliaque droite*; une partie du cæcum et le processus vermiforme sont envahis par une *tumeur dure, adhérente* à une anse grêle. *Exclusion du cæcum*, avec une partie du côlon ascendant et 30 centimètres d'intestin grêle. La fistule donna peu. Guérison s'est maintenue.

Observation XXV

Exclusion du cæcum pour tumeur inflammatoire. — Guérison. (Cas 13 de l'article de Luhrs. Exclusion intestinale in Münch. med. Wochenschr., 18 août 1896.)

Comme reliquat d'une pérityphlite un patient conservait dans la région cæcale une tumeur qui lui causait des coliques et de la sténose intestinale. La laparotomie montra une *tumeur adhérente* à la paroi postérieure du cæcum. Elle englobait le cæcum

et le côlon ascendant. L'extirpation était impraticable. On fit *une exclusion* ; le cæcum, le dernière portion de l'iléon, et le côlon ascendant furent séparés des parties voisines de l'intestin ; l'extrémité de l'iléon fut fermée ; celle du côlon suturée à la peau et fistulisée. Anastomose de l'iléon et du côlon transverse. Suites bonnes. *La tumeur disparut*, la fistule sécréta peu. La guérison doit être considérée comme définitive.

Observation XXVI

Tumeur inflammatoire iléo-cæcale. — Exclusion. — Guérison. — Disparition de la tumeur (Luhrs. Münch. med. Wochenschr., 18 août 1896. Cas I, opéré par Hochenegg.)

Il s'agissait *d'une tumeur* de la région iléo-cæcale qui après examen *fut considérée comme un carcinome du cæcum* ; cette tumeur évoluait sous forme de pérityphlite. Après ouverture de la cavité abdominale par laparotomie on reconnut que la tumeur appartenait au cæcum et qu'elle englobait en une seule masse le côlon ascendant, et l'anse la plus inférieure de l'iléon. *Des adhérences au péritoine épaissi, à la paroi postérieure du bassin, rendait l'extirpation impossible.* L'intestin fut sectionné au-dessus et au-dessous de la portion malade ; les extrémités réséquées facilement réunies, et l'extrémité de la partie exclue suturée à la paroi pour former une fistule. La guérison de la plaie se fit normalement, la circulation des matières fut régulière et la sécrétion de la fistule créée devait être minime. *L'évolution ultérieure* démontra qu'il s'agissait *d'une tumeur inflammatoire* (*qui diminua du reste*) et non d'un carcinome.

Au bout de quelque temps la sécrétion de la fistule s'accrut ;

le caractère fécaloïde qu'elle prenait de temps en temps montra qu'il y avait communication avec une anse grêle voisine. L'état du patient s'améliora. La guérison complète suivit la résection de la partie portant la fistule.

Observation XXVII

Entéro-anastomose (Iléo-colostomie) entre l'iléon et le côlon descendant contre une tumeur du côlon transverse prise pour un carcinome ; disparition des signes de sténose ; vingt mois plus tard la tumeur avait disparu. (V. Eiselsberg : Weitere Beitræge zur Casuistik der Darmauschaltung. Wien. Klin. Woch., 1896, p. 245.)

Jeune fille de 29 ans : *Antécédents : Ablation des trompes pour pyosalpinx en* 1892. En 1893 elle se découvre, dans la région ombilicale, une *tumeur accompagnée d'occlusion chronique* (constipation opiniâtre, météorisme permanent). *La tumeur* est dure, irrégulière, *un peu mobile*, immédiatement au-dessous de l'ombilic, du volume du poing. La malade était amaigrie. On diagnostique une *tumeur maligne du côlon transverse*, à cause de son *accroissement rapide.*

Opération en février 1894: Laparotomie : on trouve une tumeur du côlon transverse à laquelle était fixée une anse iléale. *L'extirpation paraissant impossible, on anastomose l'iléon avec le côlon descendant.* Guérison. Première selle le cinquième jour. Sortie trois semaines après.

Depuis la malade s'est mariée. Revue vingt mois après son opération, elle est dans un état général excellent. On ne peut découvrir aucune trace de tumeur.

Observation XXVIII

Tumeur probablement inflammatoire du cæcum guérie à la suite d'une laparotomie exploratrice. (Phocas, Nord médical, 1897, p. 112.)

Il s'agit d'un enfant de 10 ans, d'une famille de mineurs, tous sont bien portants ; il a six frères en bonne santé ; un de ses frères est mort d'une bronchite à 14 ans. Le début de la maladie actuelle remonte à vingt mois ; il eut *d'abord des douleurs après les repas* puis après les efforts ou un mouvement quelconque ; ces douleurs revenaient par crises.

Actuellement. — *Enfant amaigri* ne se nourrissant pas par crainte de provoquer les crises douloureuses.

Palpation. — On sent une *tumeur du volume d'une orange* dans la région iliaque droite ; elle est allongée de haut en bas, résistante, uniforme, *douloureuse* à la pression, *mobile.*

Matité à la percussion.

Opération. — Incision lombaire. Le rein était normalement placé ; la tumeur *est rétro-péritonéale.*

On suture cette première incision, puis on pratique une laparotomie médiane qui découvre une tumeur lisse, régulière mobile.

Elle *faisait corps avec le cæcum. L'appendice était sain.*

On doit s'abstenir de pousser plus loin l'intervention, faute de matériel chirurgical suffisant.

On porte un pronostic sérieux. Quel ne fut pas l'étonnement de l'auteur quand deux ans plus tard il revit son malade guéri, en parfait état de santé et *sans aucune trace de tumeur.*

Observation XXIX

Inflammation chronique du cæcum avec fièvre.

(T. Eiselsberg: *Archiv. f. klin. Chir. Berlin*, 1898. Bd LXV p. 308 et Terrier et Gosset : *Revue de Chirurgie*, 1900, t. 2, p. 760. Obs. XXXIX.)

Il s'agit d'une malade de 24 ans, qui depuis quatre ans éprouve dans la région hypogastrique droite, des douleurs durant plusieurs heures et revenant toutes les quatre à six semaines. Dix jours avant son entrée, elle eu une crise violente *avec fièvre*. Constipation.

Examen. — Tumeur ronde, lisse et dure, mobile, dans la région cæcale.

Opération. — 24 juillet 1897 : Résection partielle de l'épiploon adhérent à la paroi. *Des adhérences soudent les unes aux autres*, dans la région cæcale, *un assez grand nombre d'anses grêles. Cæcum inclus dans une masse de tissu calleux à laquelle adhère l'S iliaque. Ovaire droit gros, adhérent à la tumeur cæcale.* Résection de l'appendice. La *résection étant impossible, on pratique l'exclusion.* Guérison *et disparition de la tumeur.*

Observation XXX

Occlusion intestinale par adhérence du côlon ascendant et du côlon transverse formant tumeur.

(Tixier. *Société de Chirurgie de Lyon*, 9 mars 1905. Bulletin, p. 105.)

Il s'agit d'une vieille fille de 50 ans. Aucun antécédent abdominal ou génital. Toujours bien réglée. Elle arrive à l'âge critique.

En août 1904, après une période de constipation, elle eut des crises de coliques gastriques et intestinales avec maximum à droite ; période *de constipation suivies de débâcles diarrhéiques intenses*. Dans les selles on remarque *des mucosités* qui font penser à l'*entérite muco-membraneuse*. Elle fut soignée pendant deux mois par M. Courmont dans le service de M. le professeur Bondet : Régime sévère et révulsion au thermo-cautère. Elle quitte l'hôpital améliorée mais non guérie. La constipation de plus en plus rebelle est à peine vaincue par des purgatifs répétés et les lavements. On trouve du sable dans les selles. *Jamais de sang ni de melæna.*

Amaigrissement considérable ; affaiblissement ; *aspect cachectique.*

Examen. — Ventre souple, facile à palper. On *ne sent aucune tuméfaction* ; rien au toucher vaginal, rien au toucher rectal ; le cæcum est distendu.

Néanmoins on fit le diagnostic de *cancer annulaire du côlon* et on propose l'opération.

Laparotomie. — Côlon descendant, côlon transverse aplatis ; cæcum dilaté. *Le bord droit du côlon ascendant est accolé au côlon transverse par des adhérences très épaisses.* L'épiploon n'est pas adhérent. *Libération des adhérences coliques.* Aussitôt la circulation se rétablit librement dans le côlon. Pour éviter le retour de pareil accident on anastomose le côlon ascendant au transverse. Fermeture de l'abdomen. Suites normales. Guérison. *L'origine de ses adhérences inflammatoires paraît résider*, dit l'auteur, *dans la vésicule biliaire*, quoiqu'elle ait paru saine et que la malade n'ait présenté aucun symptôme de son altération.

Observation XXXI

Pseudo-cancer inflammatoire du côlon transverse (Lambret de Lille. Congrès de chirurgie, 1906, et Écho médical du Nord, 1906, p. 481-483.)

Homme de 40 ans, constipé habituel. Affaiblissement. Amaigrissement. Constipation. Coliques avec borborygmes. Ballonnement abdominal. Teint jaune paille. Haleine fétide. On pense au cancer.

Examen : Tumeur sus-ombilicale, plus grosse que le poing, vaguement mobile, située sur côlon transverse. Au niveau du cæcum, une autre tumeur plus petite, franchement mobile. Tumeurs dures, indolores.

Laparotomie médiane : La tumeur du côlon transverse était grosse, une anse grêle lui adhérait, l'épiploon était infiltré : *Quelques tentatives d'extériorisation furent vaines. On anastomose seulement l'iléon à l'S iliaque*, avec exclusion unilatérale. Suites simples. *Disparition des tumeurs constatée cinq semaines plus tard.*

N. B. — L'affection avait mis trois mois à évoluer, rapidité qui fait rejeter par l'auteur l'hypothèse d'une tuberculose. Il croit pouvoir en attribuer l'origine à des ulcérations intestinales méconnues.

Observation XXXII

Péricolite adhésive sténosante (Delangre de Tournai. Rapport par Potherat. Bulletin de la Société de chirurgie, 1906, p. 759.)

Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans.

Vers l'âge de 16 ans, elle a commencé à ressentir dans le flanc

droit des accès douloureux qui revenaient tous les trois mois, sous forme de crises. Ces crises succédaient à huit jours de constipation opiniâtre, et étaient accompagnées de céphalalgie et de vomissements. Les crises allaient en augmentant. Elle a suivi plusieurs traitements médicaux.

A l'examen : *malade émaciée, cachectique, à teint jaune. Dysménorrhée. Selles dures, recouvertes de mucus, non décolorés.*

Urines : ni sucre, ni albumine.

Poumons : rien de particulier. Inappétence, ballonnement, coliques violentes ; tympanisme, sensibilité anormale dans le flanc droit, non localisée pourtant au point de Mac Burney. *Au point correspondant à la projection du côlon ascendant, matité à la percussion et moindre souplesse au palper.*

Opération 22 août 1899. — Incision verticale dans l'étendue de la zone mate. On trouve *épiploon fusionné lâchement au côlon.*

Section des adhérences entre deux ligatures au catgut. Sur une longueur de 5 à 6 centimètres, l'intestin est rétréci, en amont il est dilaté. Aucune autre lésion.

Suture paroi.

Suites : normales, apyrétiques. Selles régulières. Aucune sensibilité abdominale.

Revue récemment, cette dame, mariée en 1902, n'offre aucune trace de son affection.

Observation XXXIII

Péricolite adhésive, sténosante. (Bulletin de la Société de Chirurgie. Paris, 1906, p. 609. POTHERAT.)

Femme de 42 ans.

Depuis un an environ elle souffrait de douleurs semblables à des coliques, douleurs qui prenaient naissance dans la région de l'ombilic et se portaient vers la fosse iliaque droite, du côté du côlon ascendant. Leur maximum d'intensité était quelques heures après le repas.

Ventre tantôt souple, tantôt ballonné, quand les douleurs atteignaient leur maximum d'intensité.

Un soulagement immédiat suivait les abondantes évacuations de gaz.

Quelquefois les gaz semblaient s'accumuler vers la droite. Constipation habituelle. Jamais de glaires muqueuses ou sanguinolentes dans les selles qui étaient moulées. Les purgatifs amenaient un soulagement appréciable. Jamais de vomissements. La malade ne s'alimentait pas, par crainte des crises douloureuses : *amaigrissement considérable*, habitus extérieur des cancéreux.

EXAMEN. — Abdomen météorisé ; rien dans le pelvis ; *mais au-dessous du foie, en dehors du bord externe du muscle droit, on sent une tumeur allongée*, verticalement et un peu transversalement, bosselée, *dure*, *irrégulière*, *indolente*, peu mobile, nettement sonore, *du volume du poing.*

Foie, rate, normaux.

Rien dans les urines.

Poumons, cœur sains.

Diagnostic fait : néoplasme de l'angle droit du côlon.

Opération. — Laparotomie latérale : côlon transverse affaissé, côlon ascendant dilaté jusqu'au cæcum. Dans la région de l'angle, il *est voilé par l'épiploon adhérent.* Au palper l'intestin a des *parois* un peu *épaissies*, mais souples et sans tumeur. L'*épiploon seul adhérait au côlon et au foie.* On libère les adhérences et on referme le ventre.

Suites normales. La guérison s'est maintenue.

Observation XXXIV

Péricolite adhésive sténosante. (Soc. de Chirurgie, Paris, 1906. Potherat.)

Il s'agit d'une femme de 52 ans. Elle se plaint de douleurs, de coliques, d'arrêts partiels des matières et des gaz. Elle ressent une traction douloureuse allant de la ceinture au pelvis, surtout vers le côté droit. *Les douleurs étaient aussi provoquées par la digestion :* d'où alimentation insuffisante, amaigrissement. — *Constipation opiniâtre, ni glaires, ni sang* dans les selles, jamais de débâcles. Les gaz s'évacuaient-ils facilement, tout allait bien : étaient-ils retenus, il y avait du ballonnement et des coliques.

Tantôt *on sentait une tumeur dure, irrégulière, dure, bosselée,* sonore, située sur le milieu de la hauteur du côlon, *tantôt elle était peu accessible ou avait disparu.*

Opération. — A l'ouverture du ventre on ne *trouve pas de tumeur, mais un intestin à parois épaissies, sans noyaux, sans duretés ;* le *grand épiploon* étalé à sa surface, *adhérent en dedans*, au-devant, au dehors, à l'intestin, à la paroi abdomi-

nale, au mésocôlon, et enserrant le conduit dans des brides demi-circulaires, transverses et s'étendant du cæcum dilaté jusqu'à l'angle droit du côlon transverse, rétracté.

Libération des adhérences et *anastomose iléo-colique*. Suites normales.

Observation XXXV

Péricolite adhésive chronique ; étranglement aigu consécutif de l'angle duodéno-jéjunal : laparotomie ; mort le huitième jour par sphacèle de l'anse étranglée. (Sieur. Bull. de la Société de Chirurgie, 1906, p. 625.)

Il s'agit d'un homme souffrant depuis trois semaines, dans l'hypocondre gauche, de douleurs accrues par l'équitation. Appétit conservé. Constipation. Un purgatif aggrave son état et il entre à l'hôpital.

Examen. — Zone douloureuse occupant tout l'hypocondre gauche; *hyperesthésie cutanée.* Palpation profonde impossible. Matité ne descendant pas au-dessous de l'ombilic. Sonorité partout ailleurs. *Température* 38°2. Dans la nuit vomissement bilieux.

Lendemain matin : Pouls : 76. Température : 36°5. Facies grippé. Ventre plat, contracture surtout à gauche.

Soir : Pouls : 64. Température : 37°. Vomissements dans la journée.

Le 13 *février* au matin on diagnostique : obstruction siégeant sur la dernière portion du duodénum ou la première du jéjunum.

Laparotomie : Péritoine pariétal, épaissi, induré, adhérent. Jéjunum dilaté (des adhérences enserrent l'angle duodéno-jéjunal). Le gros intestin est adhérent à la paroi abdominale

antérieure, ses franges, ses parois sont épaissies. On libère les adhérences et on termine l'opération.

Suites : troubles ; le malade donne des inquiétudes ; son pouls est fréquent : 120. Sa température peu élevée : 37°8, 38°9, 37°8, etc...

Le sixième jour après l'intervention la *température est de* 39° ; le *pouls à* 150 est petit ; le pansement *souillé de matière jaune verdâtre.* On pense aussitôt à une *perforation*. Laparotomie : on trouve *deux perforations*, une sur la fin du duodénum, l'autre sur le commencement du jéjunum ; on suture.

Le lendemain une autre perforation se révèle ; on y introduit une sonde de Nélaton. Le malade meurt le lendemain, huit jours après la première intervention.

Autopsie : Bassin, fosses iliaques, appendice sains. Gros intestin adhérent à la paroi antérieure depuis le coude droit du côlon jusqu'au commencement de l'anse sigmoïde. On l'enlève et on l'ouvre. On trouve des cicatrices étoilées, jaunâtres, entourées de points congestionnés.

En se rapprochant de l'angle gauche on voit apparaître des ulcérations entourées d'une zone hémorragique avec épaississement de la séreuse, qui adhère à la paroi.

La grande courbure de l'estomac adhère intimement au gros intestin.

Foie adhérent au diaphragme par sa face convexe. Voies biliaires saines.

Rate : de dimensions moyennes, moins adhérente que le foie.

Reins : normaux.

On retrouve sur le duodéno-jéjunum les deux perforations suturées, celle dans laquelle on a introduit la sonde, et en plus deux autres, le tout sur une longueur de 8 centimètres. A leur

niveau, la muqueuse est amincie, et la paroi offre un piqueté hémorragique.

Dans le voisinage des ulcérations deux ou trois ganglions indurés.

Thorax : quelques adhérences pleurales droites, sans lésions pulmonaires et en particulier sans tubercules.

Observation XXXVI

Tumeur de nature probablement inflammatoire guérie par le traitement médical. (Obs. de Hartmann in article d'Okinczyc, *idem.* Travaux de chirurgie anatomo-clinique ; *Intestin*, 3e série, 1907.)

M. X..., 64 ans, appelle M. Hartmann pour des *symptômes de tumeur intestinale* sur le côlon ascendant.

Depuis quelque temps le malade est *affaibli*, présente un état général mauvais, et, en prenant un bain, il a constaté lui-même l'existence d'une tumeur sur le côlon ascendant.

Il existe, en effet, sur le côlon ascendant une tumeur petite, dure, *présentant le caractère de cancer du côlon.*

Mais il n'y a pour ainsi dire pas d'autres symptômes intestinaux. De plus, le malade a présenté, six semaines auparavant, une crise aiguë de douleurs avec *symptômes fébriles*, qui fut alors diagnostiquée : crise de colique néphrétique.

Le malade consent absolument à une intervention chirurgicale, si elle est jugée nécessaire.

En présence des symptômes aigus ayant précédé la tumeur, M. Hartmann conseille systématiquement le repos au lit, le régime lacté et l'huile de ricin à dose laxative.

La *tumeur diminue*, disparaît, et les symptômes se dissipent complètement.

Actuellement (3 *ans après*), *il ne reste pas trace de tumeur.*

Observation XXXVII

Tumeur de nature inflammatoire guérie par le traitement médical. (Hartmann. Travaux de chirurgie. Anatomo-clinique. *Intestin.* Troisième série, 1907.)

Homme de 67 ans, présentant, au niveau du côlon ascendant, *une tumeur assez volumineuse*, que plusieurs médecins ont regardée comme un cancer du côlon.

Cependant, comme il n'y a pas de troubles dans la circulation des matières et qu'un mois auparavant le malade a présenté pendant quelques jours *des accidents aigus fébriles*, avec vomissements, M. Hartmann pense à une *tumeur inflammatoire.*

Le traitement suivant est alors institué : repos au lit, régime lacté, huile de ricin à petites doses.

Rappelé quinze jours plus tard, le Dr Hartmann *trouve un abcès qu'il ouvre.*

La guérison suit le traitement institué, et dix-huit mois plus tard le malade va toujours bien et ne présente aucun signe de cancer intestinal.

Observation XXXVIII

Péricolite développée autour du côlon ascendant. Anastomose latéro-latérale. (Patel. Lyon médical, 1907, t. 108, p. 837. Société de Chirurgie de Lyon, séance du 7 février 1907.)

Antécédents. — Constipation opiniâtre. Depuis quinze mois douleur dans le flanc droit. Après le repas météorisme et douleurs. Selles irrégulières, diarrhéiques.

Examen. — Météorisme ; aucune douleur du côté de l'estomac ou de la vésicule. Par contre dans le flanc droit, *induration diffuse allant de l'épine iliaque au foie ;* douloureuse à la palpation, *clapotage net au niveau du cæcum.* Au moment des crises, péristaltisme discret.

La malade fut suivie pendant trois mois ; à chaque écart d'un régime très rigoureux les crises revenaient.

Amaigrissement notable.

Pas de température.

On fait le diagnostic de sténose du côlon ascendant par tuberculose hypertrophique.

Opération 24 août 1906. — Laparotomie sur le bord externe du muscle droit.

Péritoine pariétal sain. Cæcum distendu. *Appendice sain ;* partie inférieure du côlon ascendant intacte sur quelques centimètres. Au-dessus le *côlon est enfoui dans un paquet d'adhérences* qui lui donnent une sensation cartonneuse. La moitié droite du *côlon transverse est intimement accolée et gênée de la même façon par des adhérences.* Celles-ci sont irrégulières, tantôt minces, lisses, elles forment comme des cordelettes qui rétrécissent la lumière ; tantôt épaissies, larges, elles sont irrégulières, et adhèrent à l'intestin sur une grande étendue. Le côlon est rétréci sur toute sa moitié droite, et les angles formés par les coudures brusques ajoutaient encore à la difficulté du passage des matières.

Vésicule saine. Aucune granulation rappelant la tuberculose sur le péritoine.

Anastomose latéro-latérale entre côlon ascendant et côlon transverse.

Guérison. Suites bonnes.

La palpation fait percevoir une certaine résistance, qui tient plus à la cicatrice qu'aux lésions profondes : *l'induration et la tuméfaction intestinale ont disparu.*

Observation XXXIX

Tumeur inflammatoire. (D[r] Delvoie de Tongres. Rapport de Lejars, section de Chirurgie. Bull. du 8 janvier 1908, p. 9.)

Le 23 juillet dernier, notre confrère belge opérait une institutrice de 46 ans *d'un fibrome utérin* très volumineux, et, dit-il, « remontant jusqu'aux côtes » ; l'hystérectomie abdominale se fit sans incident ; mais, alors que, l'utérus enlevé, il allait péritoniser, il s'aperçut de l'existence d'une *autre masse fibromateuse, grosse comme les deux poings intrapelvienne et sous-péritonéale :* après incision du feuillet séreux, il l'énucléa et l'extirpa, à son tour, et la cavité cruentée qui résultait de cette ablation fut tamponnée avec des mèches de gaze. Tout se passa fort bien : au sixième jour il y eut une *petite élévation thermique*, les mèches furent retirées, la température resta à 38°, 38°2 pendant deux ou trois jours encore, puis l'accident disparut.

Trois semaines après, « la malade était prise, brusquement, *de fortes douleurs de ventre, analogues à des coliques hépatiques », sans fièvre* ; le lendemain, les douleurs avaient cessé, mais trois semaines plus tard elles se reproduisaient encore, avec les mêmes caractères, et duraient deux jours. Pendant ce temps, *l'état général* de l'opérée devenait *inquiétant*; elle ne se « remontait » pas, elle *maigrissait*, se nourrissait mal, *jaunissait*; l'angle inférieur de la plaie, par où sortaient les mèches, n'en

finissaient pas de se cicatriser ; les urines contenaient du pus ; les *douleurs de ventre s'accentuaient* de plus en plus, localisées à la région de la vésicule biliaire ; « en même temps, il y avait de *petites élévations de température*, tantôt 37°6, tantôt 38° ; un soir même, la température atteignait 38°5 ». Au commencement de septembre, on constatait du côté de la vésicule biliaire, dans la zone douloureuse, *une tumeur dure, grosse comme une mandarine* ; vers le 25 *septembre*, cette tumeur avait acquis le volume d'*une orange* ; elle était fort *dure au palper*.

La *déchéance* de la malade *s'aggravant* à vue d'œil, le chirurgien intervint une seconde fois, pratiqua une incision sur le bord externe du droit, et découvrit la tumeur sous-hépatique : il reconnut d'abord que la *vésicule était toute normal* ; quant à la *tumeur sous-jacente*, elle *adhérait à tous les organes ambiants* et dut être séparée d'abord du grand épiploon, après une série de ligatures en chaîne : elle *était intimement soudée au côlon transverse*, près de son angle droit, et semblait faire corps avec lui.

Aussi le confrère qui assistait M. le Dr Delvoie lui conseilla-t-il de réséquer l'angle colique. Toutefois, M. Delvoie réussit à trouver « un plan de clivage » et, « avec d'infinies précautions » à détacher la tumeur, et à libérer l'intestin, du reste fortement aminci. Ainsi extirpée, la tumeur avait, macroscopiquement, « toutes les apparences d'un carcinome des mieux caractérisés ».

Les suites de cette intervention ne furent troublées que par la survenance d'une fistule stercorale, qui dura trois semaines, et se ferma seule.

Dès les premiers jours, l'état général s'était amélioré de la façon la plus franche, l'appétit avait reparu ; aujourd'hui la guérison est achevée et la santé est redevenue florissante. Par suite d'un accident, la tumeur n'a pu être conservée et sou-

mise à l'examen histologique, mais toute l'évolution clinique suffit à démontrer que, malgré ses apparences de néoplasme malin, cette tumeur para-intestinale était d'origine et de nature inflammatoires.

Observation XL

Tumeur inflammatoire du côlon ascendant (POTHERET. Société de chirurgie, 11 décembre 1907, p. 1.228.)

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 37 ans que mon collègue à l'hôpital Broussais et ami Œttinger avait fait passer dans mon service pour y être opérée.

Mon savant collègue pensait à un *néoplasme du côlon ascendant* tout en *faisant des réserves pour la tuberculose* en raison des antécédents de cette femme. En fait, elle portait vers la partie moyenne du côlon ascendant une tumeur irrégulière *du volume d'une mandarine dure*, sonore à la percussion, s'accompagnant de périodes alternatives de constipation et de diarrhée; la malade *s'amaigrissait profondément.*

La laparotomie latérale au niveau du bord externe du muscle grand droit, me conduisit dans le ventre sur une *masse constituée à la fois par le côlon, le grand épiploon adhérent, et la paroi abdominale elle-même adhérente.* Je libérai d'abord le grand épiploon, puis je me mis en devoir d'isoler l'intestin de la paroi abdominale. Au cours de cette dernière manœuvre, je mis à jour *une cavité contenant de la matière caséeuse*; j'abrasai aussi largement que possible les parois calleuses de cette cavité, je mis un drain au contact de l'intestin et je refermai le ventre. Au bout de cinq semaines la malade était guérie,

l'*induration para-intestinale avait disparu*, l'évacuation des matières se faisait régulièrement, et l'état général s'améliorait visiblement.

Observation XLI

Tumeur inflammatoire développée dans le mésocôlon (ROUTIER. Société de chirurg., 11 décembre 1907, p. 1231.)

Il s'agit d'une femme très grosse qui souffrait d'une énorme *hernie ombilicale*. La libération de 30 à 40 centimètres d'intestin inclus dont la hernie fut laborieuse : quand ce fut fait, je fus très *mal impressionné par une énorme tuméfaction du mésocôlon* qui obligeait l'intestin à former une circonférence à très petit rayon, presque un ongle, d'où peut-être les accidents herniaires qu'elle avait présentés.

Cette *tumeur était dure, rougeâtre*, et avait assez mauvais aspect. Je ne crus cependant pas devoir l'enlever. Je réduisis le tout et suturai ma malade. Les suites ont été très simples, *cette tumeur n'a pas géné le fonctionnement intestinal.*

Observation XLII

Tumeur du côlon ascendant, simulant un cancer. Disparition spontanée. (MAYO ROBSON. The Brit. med. Journ., 22 février 1908, p. 425. Trad. par POTEL de Lyon. *Gazette des hôpitaux*, 7 avril 1908, p. 483.)

Un officier retraité, de 55 ans, souffrait depuis trois mois de douleurs abdominales ; pendant cette période une *tumeur du côlon ascendant se développe.*

Quand je le vis, il avait beaucoup *maigri ;* il se plaignait d'une *douleur dans la fosse iliaque droite*, coïncidant avec un péristaltisme très prononcé : la *tumeur était diffuse*, mais je ne pus sentir aucun ganglion; il n'y avait pas d'ascite; mes collègues et moi pensions à *un cancer ;* l'opération fut refusée. Comme il n'y avait pas de signes d'obstruction, nous lui donnâmes de la belladone et de la noix vomique. Six mois après, *il était guéri.*

Observation XLIII

Tumeur de la région ombilicale. Laparotomie. Entéro-anastomose. Guérison. (Mayo Robson, trad. Potel, *loc., cit.*)

En août 1906, je vis un cas remarquable avec l'un de mes collègues, dans le Lincoln. Un homme âgé avait des signes d'obstruction intestinale, associés à une *tumeur de la région ombilicale ;* il y avait une *cachexie profonde.* En ouvrant l'abdomen, je trouvai de *l'ascite* avec *une tumeur bosselée, englobant le côlon transverse, l'épiploon, une partie du grêle* ; l'ablation était impossible; je fis une *entéro-anastomose* ; la *tumeur disparut* et le malade guérit.

Observation XLIV

Tumeur du côlon ascendant guérie par entéro-anastomose. (Mayo Robson. Loc. citato.)

Il y a douze ans j'opérai un vieillard de 70 ans qui avait une *tumeur du côlon ascendant ;* je fis une *anastomose iléo-iliaque. Trois ans après*, le malade était encore *bien portant.*

Observation XLV

Tumeur volumineuse englobant l'angle gauche du côlon et deux anses grêles. Entéro-anastomose. (M. Robson. Loco citato.)

Il y a deux ans, je vis une dame d'âge moyen, souffrant d'une obstruction intestinale chronique avec un péristaltisme intestinal douloureux, datant de plusieurs semaines. En ouvrant l'abdomen, je trouvai une *volumineuse tumeur* entourant l'*angle gauche du côlon* et deux anses de l'intestin grêle. Comme l'*épiploon était adhérent* et que la tumeur était bosselée, je fis une double *anastomose* (*colo-colique*, *iléo-iléale*). *La malade est encore actuellement bien portante.*

Notre thèse étant à l'impression, et des documents originaux précis nous faisant défaut, nous ne pouvons faire mieux que signaler la communication que fit Braun (de Gœttingue) au tout récent Congrès de Berlin (21 au 24 avril 1908). Nous n'avons pu consulter que des analyses succinctes de la discussion à laquelle prirent part MM. Frank et W. Müller.

Nous regrettons profondément de n'en avoir pu faire un plus large usage.

CONCLUSIONS

I. — Il existe sur le trajet de l'intestin, des néoplasies inflammatoires, développées dans l'épaisseur de ses tuniques, ou dans les tissus adjacents, presque toujours dans les deux à la fois.

II. — Les examens anatomo-pathologiques montrent macroscopiquement, à la coupe, un tissu lardacé, scléro-adipeux ; l'histologie ne revèle que des lésions inflammatoires banales (infiltration de cellules rondes, néoformations conjonctives, vésicules adipeuses) englobant tous les plans, sauf la muqueuse le plus souvent intacte : la distinction, en intestinale, para et péri-intestinale ne peut s'admettre que si l'on ajoute, que ce terme désigne le plan où l'examen décèle les lésions les plus anciennes.

Il convient pour quelques faits, dont l'origine n'apparaît pas très précise, de faire des réserves sur leur nature tuberculeuse possible, des études récentes ayant montré des lésions de tuberculose atypique, sans cellules géantes, ni follicules, ni bacilles.

III. — On retrouve à l'origine de ces tumeurs :

1° Des inflammations chroniques du tube digestif ayant dépassé les limites habituelles, et s'étant étendues jusqu'au péritoine viscéral ;

2° Des foyers infectieux, dus à des corps étrangers, à des interventions suivies de drainage et de suppuration prolongée, à l'irritation d'un épanchement sanguin, etc... ;

3° Des infections ayant germé en un point éloigné du lieu secondairement atteint, s'étant propagées par la voie des lymphatiques et des espaces sous-séreux, et localisées en un endroit de ces espaces au voisinage de l'intestin.

IV. — Cette affection est caractérisée par des troubles digestifs chroniques, une tumeur souvent douloureuse, susceptible de causer de l'occlusion avec ses complications, occlusion revenant par crises dont la fréquence va en augmentant ; cette tumeur de forme très variable, immobile, fixée par des adhérences ; il y a de la température quelquefois, et il peut y avoir de l'hyperleucocytose ; les hémorrhagies qui ne se présentent que dans des cas particuliers, manquent presque toujours ; les antécédents des malades peuvent fournir de précieuses indications.

V. — L'évolution peut se faire en deux périodes : une période de début caractérisée par des troubles fonctionnels, une période d'état caractérisée par des signes physiques, et souvent la tumeur.

La terminaison n'est pas fatalement mortelle ; si l'occlusion atteint quelquefois une certaine acuité, la disparition spontanée et complète se rencontre.

VI. — Le pronostic est bénin, sauf complications

possibles, quand il y a occlusion serrée et durant depuis quelques jours. Mais quand un traitement suffisant a réussi à triompher de ces complications, l'avenir peut être envisagé avec assurance, la récidive et la généralisation n'étant pas à craindre.

VII. — Le diagnostic est le plus souvent très difficile ; il ne faut pas chercher un signe pathognomonique ; c'est de la réunion insolite de caractères communs à d'autres affections qu'il faut en tirer les éléments ; cet ensemble, rapproché de l'histoire antérieure du patient et des phénomènes intermédiaires aux affections anciennes et à l'affection actuelle, sera le meilleur argument que l'on puisse invoquer.

VIII. — Quand un traitement médical soutenu ne procurera aucune amélioration, il faut en venir à l'intervention chirurgicale dont les chances de succès seront d'autant plus grandes que le malade sera dans un meilleur état général. Suivant les cas on aura recours à la résection, l'exclusion ou l'iléo-sigmoïdostomie.

Vu : le Président de la thèse.
PAUL SEGOND

Vu : le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Von Baracz. — Tumeur inflammatoire du cæcum avec invagination de l'iléon. Exclusion avec occlusion totale. Guérison. *Centr. f. Chir.*, 1894, n° 27, p. 623.

— Trad. in article de Terrier et Gosset. De l'exclusion de l'intestin. *Revue de Chirurgie*, 1900. T. 2. Obs. 10, p. 747.

Beach. — Perforation intestinale par une arête de poisson. Tumeur inflammatoire. Laparotomie. Guérison. *Boston M. and S. Journal*, 1898. T. 139, p. 489.

Beer. — Tumeurs cæcales, suite de pérityphlite. Exclusion. Guérison. *Münch. med. Woch.*, 1895, p. 1197.

Boiffin. — Tumeur inflammatoire du cæcum. Opération. Guérison. In thèse de Diet, Paris, 1895. Obs. 21.

— *Id.* in article Gérard-Marchant et Demoulin. *Revue de Gynécologie*, 1899.

De Bovis (R.). — Action de la laparotomie sur les poussées chroniques de la cavité abdominale (tuberculose exceptée). *Gazette des hôpitaux*, 1898 (1357-1365).

Catz. — Sigmoïdites et périsigmoïdites. Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, janvier 1907.

Cavaillon et Bardin. — Néoplasmes inflammatoires du côlon pelvien. *Gazette des hôpitaux*, février 1907.

Crickx. — Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale chronique. Un cas de sclérose sus-muqueuse. *Annales de la Société belge de Chirurgie*. Bruxelles, 1895, p. 178.

Czerny. — Invagination. Résection. Entérorraphie circulaire. Guérison, in th. de Baillet, Paris, 1894. Obs. 63.

Delangre (de Tournai). — Péricolite adhésive sténosante. *Bull. de la Société de Chir. de Paris*, 1906, p. 759. M. Potherat, rapporteur.

Delvoie (de Tongres). — Tumeur inflammatoire para-intestinale *Bull. de la Société de Chir. de Paris*, 8 janv. 1908, p. 9. M, Lejars, rapporteur.

Le Dentu. — Entérectomie et entérorraphie pour tumeur du côlon ascendant, suivies dans la même séance de l'extirpation des annexes de l'utérus. *Bull. de l'Académie de médecine*. Paris, 1891, t. 26, p. 160.

Diet. — *Th. de Paris*, 1895.

V. Eiselsberg. — Inflammation chronique du cæcum avec fièvre. *Archiv. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1898. Bd. LVI, p. 308.

— In Terrier et Gosset. *Revue de Chirurgie*, 1900, t. 2, p. 760. Obs. 39.

— Tumeur inflammatoire du cæcum, suite de pérityphlite. Exclusion. Guérison. *Münch Med. Woch.*, 1896. Art. de Lürhs. Cas 3.

V. Eiselsberg. — Iléocolostomie contre une tumeur du côlon transverse prise pour un carcinome. Disparition de tous les symptômes de sténose. Vingt mois après, la tumeur avait disparu. *Wien. klin. Woch.*, 1896, p. 245.

Gérard-Marchant et Demoulin. — Rétrécissements et tumeurs inflammatoires de la région iléo-cæcale. *Revue de Gynécologie*, 1899.

Girault. — Les hémorrhagies occultes du tube digestif. *Th. de Paris*, 1906.

Gougerot. — Tuberculoses cutanées. *Gazette des hôpitaux*, 1906.

A. Greig Smith. — Obstruction intestinale causée par une tumeur. Iléostomie. Disparition de la tumeur. *The Lancet*, 1891, p. 646.

Hartmann. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique, 3e série : *Intestin*. Paris, 1907. Article d'Okinczyc.

— Rétrécissement inflammatoire. Résection. Entérorraphie. Guérison. In th. de Baillet, Paris, 1894, obs. 43.

— *Id.* in article de Gérard-Marchant et Demoulin. *Revue de Gynécologie*, 1899.

Hochenegg. — Tumeur inflammatoire du cæcum. Exclusion ouverte du cæcum. Résection secondaire. Guérison. *Wien. klin. Woch.*, 1891, n° 53, p. 995-998.

— *Id.* Terrier et Gosset. *Revue de chirurgie*, 1900, t. 2, p. 739, obs. 2.

HOCHENEGG. — Tumeur inflammatoire iléo-cæcale. Exclusion. Guérison. Disparition de la tumeur. *Münch. med. Woch.*, août 1896. Article de LÜRHS, cas I.

LE JEMTEL. — *Bull. de la Société de Chirurgie*, Paris, 18 mars 1908.

JORGE ULRICH. — *Thèse de Buenos-Aires*, 1907.

JULLIARD. — Extirpation du cæcum. Inflammation chronique. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1897.

— Id., Th. de MARCHAND, Genève, 1899, obs. 101.

KEEN. — Iléo-colostomie après anus contre nature. *Annals of Surgery*, 1893, vol. 17, p. 652.

KEIFFER. — Résection de l'intestin pour tumeur diffuse du petit bassin. *Journ. de Chirurgie* et *Annales de la Société belge de Chirurgie*, Bruxelles, 1901, t. I, p. 79-82.

LAMBRET. — Pseudo-cancer inflammatoire du côlon transverse. *Écho méd. du Nord*, 1906, p. 481-483.

— *Id. Congrès de Chirurgie*. Paris, 1906.

LEFAS. — Hématologie et cytologie clinique. Paris, 1904.

LEJARS. — *Semaine médicale*, 1906.

LURHS. — Tumeur cæcale suite de pérityphlite. Exclusion. Guérison. *Münch. med. Woch.*, août 1896. Cas 13 et 14.

MACHARD. — *Th. de Genève*, 1899.

MAYDL. — Rétrécissement cicatriciel. Entérectomie. Guérison. Résection un an après. *Wien. med. Zeitung*, 1885.

MAYDL. — Rétrécissement cicatriciel. *Id*, in Th. DE BAILLET. Paris, 1894. Obs. 66.

ŒTTINGER ET GIRAULT. — Valeur séméiologique des hémorragies occultes dans les affections de l'estomac. *Semaine médicale*, n° 28, 11 juillet 1906.

OMBRÉDANNE ET A. MARTIN. — Tumeur cæcale et de la paroi abdominale. *Bull. de la Société Anatomique*, novembre 1903, p. 815.

PATEL ET BÉRARD. — Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. Paris, 1905. *Collection Léauté*.

PATEL. — Péricolite autour du côlon ascendant. Anastomose latéro-latérale. *Lyon méd.*, 1907. t. 108, p. 837, et *Société de Chir. de Lyon*, 7 février 1907.

PHOCAS. — Tumeur inflammatoire du cæcum guérie à la suite d'une laparotomie exploratrice. *Nord méd.*, 1897, p. 112.

POTHERAT. — Péricolite adhésive sténosante. *Bull. de la Société de Chirurgie*, 1906, p. 609.

POTHERAT. — Tumeur du côlon ascendant. *Bull. de la Société de Chirurgie*, 11 décembre 1907, p. 1228.

PROUST. — Tumeur para-intestinale. *Bull. de la Société de Chirurgie* 20 nov. 1907, p. 1159. M. LEJARS. rapporteur.

RICARD. — Diagnostic de l'occlusion intestinale incomplète. *Bull. de la Société de Chirurgie*, 19 juin 1907.

M. ROBSON. — Tumeurs abdominales simulant le cancer. Trad. par PATEL (de Lyon). *Gazette des hôpitaux*, n° 41, 1908.

ROUTIER. — *Bull. Société Chirurgie*, 1907, p. 1231.

SAILLANT. — Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Th. de Paris*, 1906.

SCHWARTZ. — Iléo-typhlite hypertrophique, tumeur inflammatoire de la région iléo-cæcale. Résection. Guérison. *Congrès internat. de médecine*. Section de chirurgie générale. Paris 1900, p. 693.

— Tumeur fibreuse développée autour d'une soie sur la fin

S de l'iléon. *Bull. Société de Chirurgie*, 1902, p. 377.

EGOND. — *Société de Chirurgie*, 3 juin 1903, p. 591-594.

SÉNÉCHAL. — Pelvipéritonites, tumeurs inflammatoires. *Th. de Paris*, 1906.

SIEUR. — Péricolite adhésive chronique. *Société de Chirurgie*, 1906, p. 625.

TIXIER. — Péricolite. *Société de Chirurgie de Lyon*, 1905, p. 105.

H.-W. VINEBERG. — Tumeur inflammatoire du cæcum et du côlon ascendant. Résection. Guérison. *Tr. of the New-York Obstetr. J.*, 1902. T. XLV, p. 581-582.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.